ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C. Secretaría de Integración Social	INFORME GESTIÓN SST No. 2	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

PERIODO DEL 1 DE ENERO AL 30 DE ENERO DE 2026

VERSIÓN 5

CONTRATO No. 10673-2025

OBJETO: **“REALIZAR LA EJECUCION DE ACTIVIDADES DE OBRA PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO”**

ENERO DE 2026

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 3
2. OBJETIVO GENERAL 3
3. ALCANCE DEL CONTRATO 3
4. ALCANCE DEL COMPONENTE SST 3
5. DATOS DEL CONTRATO 4
6. PERSONAL DE PLANTILLA MÍNIMO 4
7. REPORTE DE ACCIDENTALIDAD 4
8. SEGURIDAD SOCIAL (AFILIACIONES -PAGOS) 5
9. INGRESOS DE PERSONAL 5
10. COPASST y CCL 5
11. ACTIVIDADES EJECUTADAS 5
11.1. CAPACITACIONES SST 6
11.2. INSPECCIONES SST 6
11.3. ACTIVIDADES OPERATIVAS 6
12. CORRESPONDENCIA SST 9
13. REGISTRO FOTOGRAFICO 9
CONTROL DE CAMBIOS 13

1. INTRODUCCIÓN

El presente documento consolida la gestión y el cumplimiento de las obligaciones en Seguridad y Salud en el Trabajo (SST) derivadas del Contrato **10673-2025 DE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL, adjudicado al CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC**. Durante el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de enero de 2026, el Consorcio Nueva Esperanza HLC ha orientado sus acciones a la preservación de entornos laborales seguros y la mitigación de riesgos de accidentalidad y enfermedad laboral, fundamentándose en la mejora continua, la promoción de la salud y el estricto apego a la normativa nacional vigente en riesgos laborales.

2. OBJETIVO GENERAL

Presentar de manera ejecutiva las actividades ejecutadas y los procesos en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo - SST, evidenciando las acciones implementadas durante el periodo reportado, en coherencia con los lineamientos institucionales de la Secretaría Distrital de Integración Social y el enfoque de la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades laborales.

3. ALCANCE DEL CONTRATO

Desarrollar las actividades constructivas planeadas y proyectadas por el CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC., para dar cumplimiento al **Contrato de Obra 10673-2025 cuyo objeto es "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO. Grupo 1".**

4. ALCANCE DEL COMPONENTE SST

El componente SST tiene el alcance de acompañar, orientar y realizar seguimiento SST a la ejecución de las obras de mejoramiento estructural y locativo, promoviendo la seguridad y salud en el trabajo de todas las personas participantes del contrato, la prevención del riesgo, así como la adecuada articulación entre el equipo técnico, la comunidad educativa y la Secretaría Distrital de Integración Social, para el periodo del 01/01/2026 al 30/01/2026.

5. DATOS DEL CONTRATO

ITEM	DATOS
NUMERO DEL CONTRATO	**10673-2025**
FECHA DE INICIO	09/12/2025
CONTRATISTA	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA
VALOR DEL CONTRATO	$12.832.243.483,00
CONTRATANTE	SECRETARIA DE INTEGRACION SOCIAL
INTERVENTORIA	CONSORCIO INTERVENCIÓN DISTRITAL

6. PERSONAL DE PLANTILLA MÍNIMO

Se detalla a continuación el personal de la plantilla mínima asignado a las labores administrativas y de campo necesarias para el desarrollo integral del proyecto.

ITEM	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO
1	JUAN CARLOS GARZON	DIRECTOR DE OBRA
2	CARLOS GAONA	RESIDENTE DE OBRA
3	PAULO GRIMALDO	RESIDENTE DE OBRA
4	ARIEL MONTEALEGRE	INSPECTOR DE OBRA
5	LUZ CHOCONTA	INSPECTOR DE OBRA
6	LINA BARRETO	INSPECTOR DE OBRA
7	FRAY DIAZ	INSPECTOR DE OBRA
8	GERD WILSON TOVAR	RESIDENTE SST
9	INGRID GONZALEZ	RESIDENTE SOCIAL
10	NESTOR MORA	RESIDENTE AMBIENTAL
11	THALIA ANDREA SANABRIA	INSPECTOR SSTA
12	JOSE DAVID LARA	INSPECTOR SSTA
13	HERNANDO LANCHEROS	ESP COSTO Y PRESUESTO
14	LUIS FERNANDO CORREA	ESP ESTRUCTURAL
15	ANDRES MAURICIO TAVERA	ESP REDES HUMEDAS
16	JAIME BETANCOURT	ESP REDES SECAS

7. REPORTE DE ACCIDENTALIDAD

En cumplimiento de los indicadores de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST), se informa que para el ciclo del 1/01/2026 al 30/01/2026 no se registraron eventos derivados de accidentes de trabajo (AT) ni patologías de origen laboral (EL). **Ver Anexo 001.**

8. SEGURIDAD SOCIAL (AFILIACIONES -PAGOS)

En cumplimiento se realiza la entrega de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales correspondiente al ciclo del 1 al 30 de enero de 2026. Dicho cumplimiento se sustenta el soporte de las planillas de liquidación. **Ver Anexo 002**

9. INGRESOS DE PERSONAL

Para el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de enero de 2026, se reporta la vinculación de 71 nuevos colaboradores. En cumplimiento de los protocolos de ingreso y la normativa laboral vigente, se acredita la debida diligencia en la recolección de soportes (documento de identidad, afiliaciones al Sistema de Seguridad Social Integral y Parafiscales, certificados médicos ocupacionales, antecedentes, contratos y entrega de EPP). El soporte documental de este proceso se encuentra organizado de manera individual en las carpetas por trabajador, las cuales se adjuntan para su respectiva validación y control. adicional anexo listado de personal activo y no efectivo del mes en curso. **Ver Anexo 003**

Nota: Se da a conocer que el personal especialista relacionado a continuación no ejecutó ningún producto (informes) para el consorcio Nueva Esperanza HCL durante el periodo mencionado, por lo tanto, se reportan como su estado inactivo.

1	LUIS FERNANDO CORREA	ESP ESTRUCTURAL
2	ANDRES MAURICIO TAVERA	ESP REDES HUMEDAS
3	JAIME BETANCOURT	ESP REDES SECAS

10. COPASST y CCL

Durante el ciclo correspondiente al mes de enero de 2026, se llevaron a cabo las sesiones mensuales del COPASST y del Comité de Convivencia Laboral (CCL). Dichos encuentros se desarrollaron mediante la plataforma virtual Google Meet, permitiendo la participación efectiva de los integrantes desde las oficinas del Consorcio y puntos de operación. Se da a conocer el acta de sesión. **Ver Anexo 004**

11. ACTIVIDADES EJECUTADAS

El componente SST tiene el alcance de acompañar, orientar y realizar seguimiento SST a la ejecución de las obras de mejoramiento estructural y locativo, promoviendo la seguridad y salud en el trabajo de todas las personas participantes del contrato, la prevención del riesgo, así como la adecuada articulación entre el equipo técnico,

la comunidad educativa y la Secretaría Distrital de Integración Social, para el periodo del 01/01/2026 al 30/01/2026.

11.1. CAPACITACIONES SST

En cumplimiento del Plan de Trabajo Anual del SG-SST y el cronograma de capacitación para el periodo del 1 al 30 de enero de 2026, se ejecutó la jornada de formación en 'Procedimientos de Trabajo Seguro' dirigida al personal operativo de obra. Esta actividad tiene como fin fortalecer las competencias técnicas y mitigar riesgos críticos en la operación; los registros de asistencia, material pedagógico. **Ver Anexo 005**

11.2. INSPECCIONES SST

Durante el ciclo comprendido entre el 1 y el 30 de enero de 2026, se ejecutó el cronograma de inspecciones de seguridad en los diferentes frentes de trabajo. Estas actividades de control preventivo permitieron la identificación y mitigación oportuna de condiciones inseguras, cuyos registros detallados obran. **Ver Anexo 006**

11.3. ACTIVIDADES OPERATIVAS

LUGAR	ACTIVIDADES DE OBRA	ACTIVIDADES SST
JARDIN INFANTIL ATANASIO GIRARDOT	DESMONTE MANUAL DE HOJA DE PUERTA (DE UNA HOJA / HOJA SENCILLA) DEMOLICIÓN MANUAL DE ALISTADO DE PISO Y MATERIAL, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DEMOLICIÓN MANUAL DE MUROS SENCILLOS DESCAPOTE MANUAL DE CAPA VEGETAL H.PROM<=30 CM. INCLUYE CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN MAMPOSTERIA Y RELACIONADOS SUMINISTRO E INSTALACION DE TUBERIA PVCP RDE 9 DE 1/2" INCLUYE ACCESORIOS ALISTADOS Y ACABADOS DE PISOS	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN INFANTIL ATA	DEMOLICIÓN MANUAL Y RETIRO DE LA IMPERMEABILIZACIÓN / MANTO, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DEMOLICIÓN MANUAL DE GUARDAESCOBAS SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PISO	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO

	APLICACIÓN DE PINTURA VINILO ACRÍLICA PLÁSTICA LAVABLE TIPO 1	
JARDIN SOCIAL SERVITA	DESMONTE MANUAL DE TEJAS TRASLUCIDAS PLÁSTICAS Y/O POLICARBONATO, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DESMONTE MANUAL CUIDADOSO Y CONTROLADO DE VIDRIOS, TRANSPORTE Y PROCESO DE ALMACENAMIENTO PARA LOS ELEMENTOS REUTILIZABLES, LIMPIEZA Y RETIRO DE ESCOMBROS EXCAVACIÓN MANUAL EN MATERIAL, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS CONSTRUCCION DE VIGAS DE CIMENTACIÓN EN CONCRETO ALISTADOS Y ACABADOS DE PISOS CERRAMIENTO METÁLICO CON MALLA ESLABONADA	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN SOCIAL LSA CRUCES	DESMONTE MANUAL DE BARANDAS METÁLICAS, INCLUYE LIMPIEZA Y RETIRO DE ESCOMBROS. DEMOLICIÓN MANUAL DE CIELO RASO EN DRYWALL, DESMONTE DEL SISTEMA DE SUSPENSIÓN Y ANCLAJE. INCLUYE IMPLEMENTOS PARA TRABAJOS EN ALTURA, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS APLICACIÓN DE PINTURA VINILO 100% ACRÍLICA PLÁSTICA MATE DE ALTA CALIDAD CON MÁXIMA PROTECCIÓN PARA INTEMPERIE; ALTA ELASTICIDAD, HIDRORREPELENTE; RESISTENTE A ALGAS	INSTALACION DE 25 PUNTOS DE ANCLAJES PARA REALZIAR TRABAJOS EN ALTURAS IMPLEMENTACIÓN PROCEDIMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN SOCIAL NOGAL	DEMOLICIÓN MANUAL DE MESONES EN CONCRETO, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DESMONTE MANUAL DE DIVISIONES MODULARES EN PERFILERÍA METÁLICA Y TABLEROS DE AGLOMERADO/TRIPLEX Y VIDRIO, PUERTAS, CANALES, BAJANTES DEMOLICIÓN MANUAL Y RETIRO DE LA IMPERMEABILIZACIÓN DEL MANTO, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DEMOLICIÓN MANUAL DE ALISTADO DE PISO Y MATERIAL DE ACABADO DE TIPO LIVIANO (CERÁMICO, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DEMOLICIÓN MANUAL DE CIELO RASO EN PANELERÍA LIVIANA (SISTEMA DRYWALL, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO

JARDIN SOCIAL ALAMEDA	DEMOLICIÓN MANUAL Y RETIRO DE LA IMPERMEABILIZACIÓN EXISTENTE Y DE SU RESPECTIVO ALISTADO DE SUPERFICIE, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS ALISTADOS Y ACABADOS DE PISOS. SUMINISTRO Y APLICACIÓN DE SELLADOR ELÁSTICO, PARA SELLO DE JUNTAS A NIVEL DE PISO. ALISTADO DE SUPERFICIE CON MORTERO IMPERMEABILIZADO INSTALACION DE MANTO TRATAMIENTO DE FISURAS MEDIANTE UN SELLADOR	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN SOCIAL PIEDRA VERDE	MANTENIMIENTO DE CUBIERTA TERMO ACÚSTICA O TIPO SÁNDWICH	INSTALACION DE 5 PUNTOS DE ANCLAJES PARA REALZIAR TRABAJOS EN ALTURAS IMPLEMENTACIÓN PROCEDIMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN SOCIAL SAN LUIS	DESMONTE MANUAL DE TEJAS DESMONTE / DEMOLICIÓN MANUAL DE MURO EN SISTEMA DRYWALL CON LÁMINAS DE FIBROCEMENTO DE ESPESOR HASTA 10 MM, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS SUMINISTRO E INSTALACIÓN DE PUERTA METÁLICA CON MARCO EN LÁMINA COLDROLLED LISA Y APLICACIÓN DE PINTURA	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN INFANTIL LOS SAUCES	DESMONTE MANUAL DE MUEBLE EXISTENTE EN ACERO INOXIDABLE DEMOLICIÓN MANUAL Y RETIRO DE LA IMPERMEABILIZACIÓN / MANTO EXISTENTE, CARGUE, RETIRO, DISPOSICIÓN DE ESCOMBROS DESMONTE MANUAL DE TEJAS TRASLUCIDAS PLÁSTICAS Y/O POLICARBONATO Y/O DE PVC DEMOLICIÓN MANUAL DE ALISTADO DE PISO APLICACIÓN DE PINTURA EN ESMALTE, APLICADO EN DOS (2) CAPAS	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO

	APLICACIÓN DE PINTURA IMPERMEABILIZANTE PARA INTERIORES Y EXTERIORES	
JARDIN SOCIAL LA PAZ	DESMONTE Y MONTAJE MANUAL DE HOJA DE PUERTA, INCLUYE LIMPIEZA Y RETIRO DE ESCOMBROS DESMONTE MANUAL DEL CERRAMIENTO EXISTENTE	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO
JARDIN INFANTIL VILLA CRISTINA	APLICACIÓN DE PINTURAS Y RECUBRIMIENTOS	INSPECCION DE EXTINTOR Y AREAS DE TRABAJO INSPECCION DE EPP SEÑALIZACION DE AREA DE TRABAJO

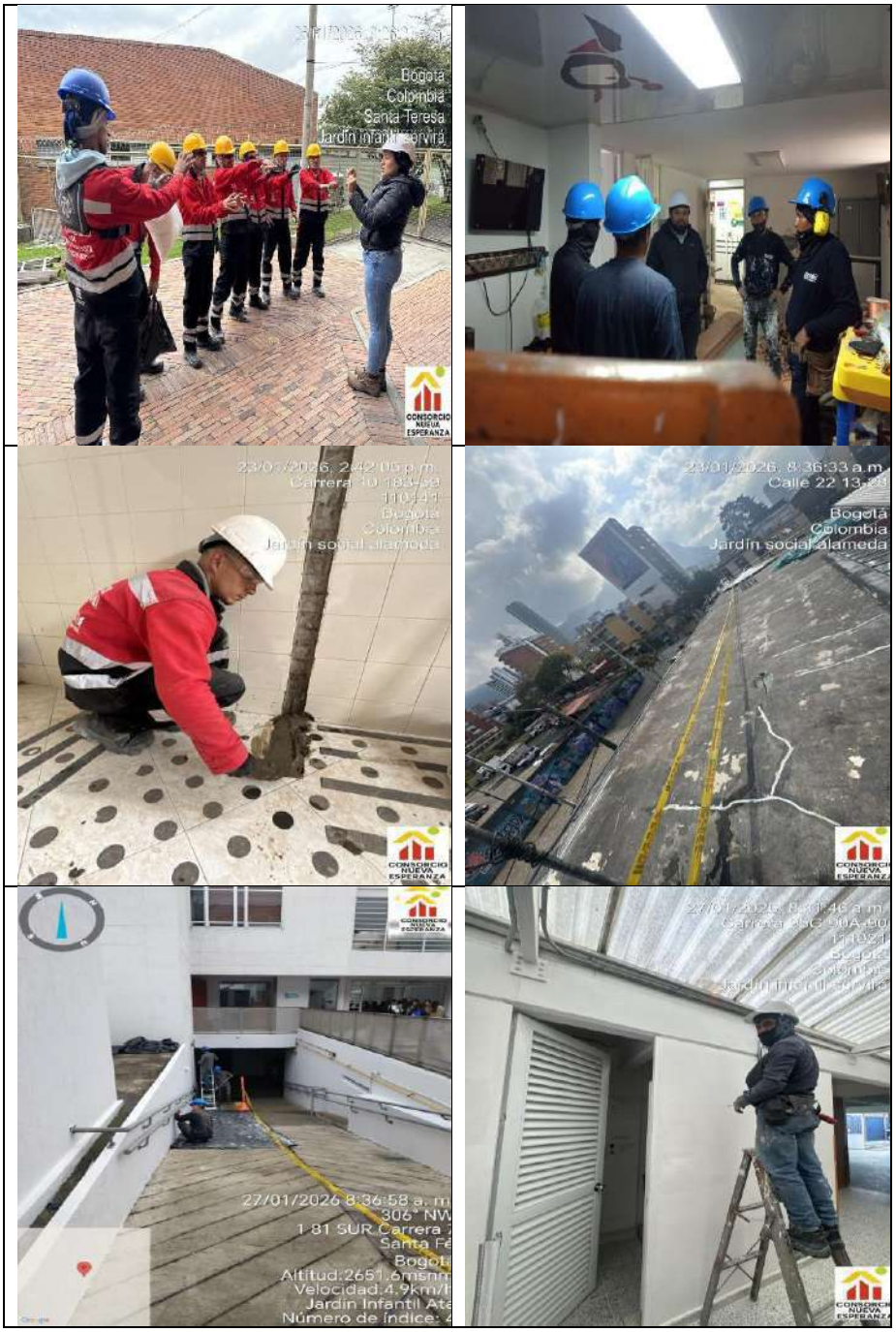
12. CORRESPONDENCIA SST

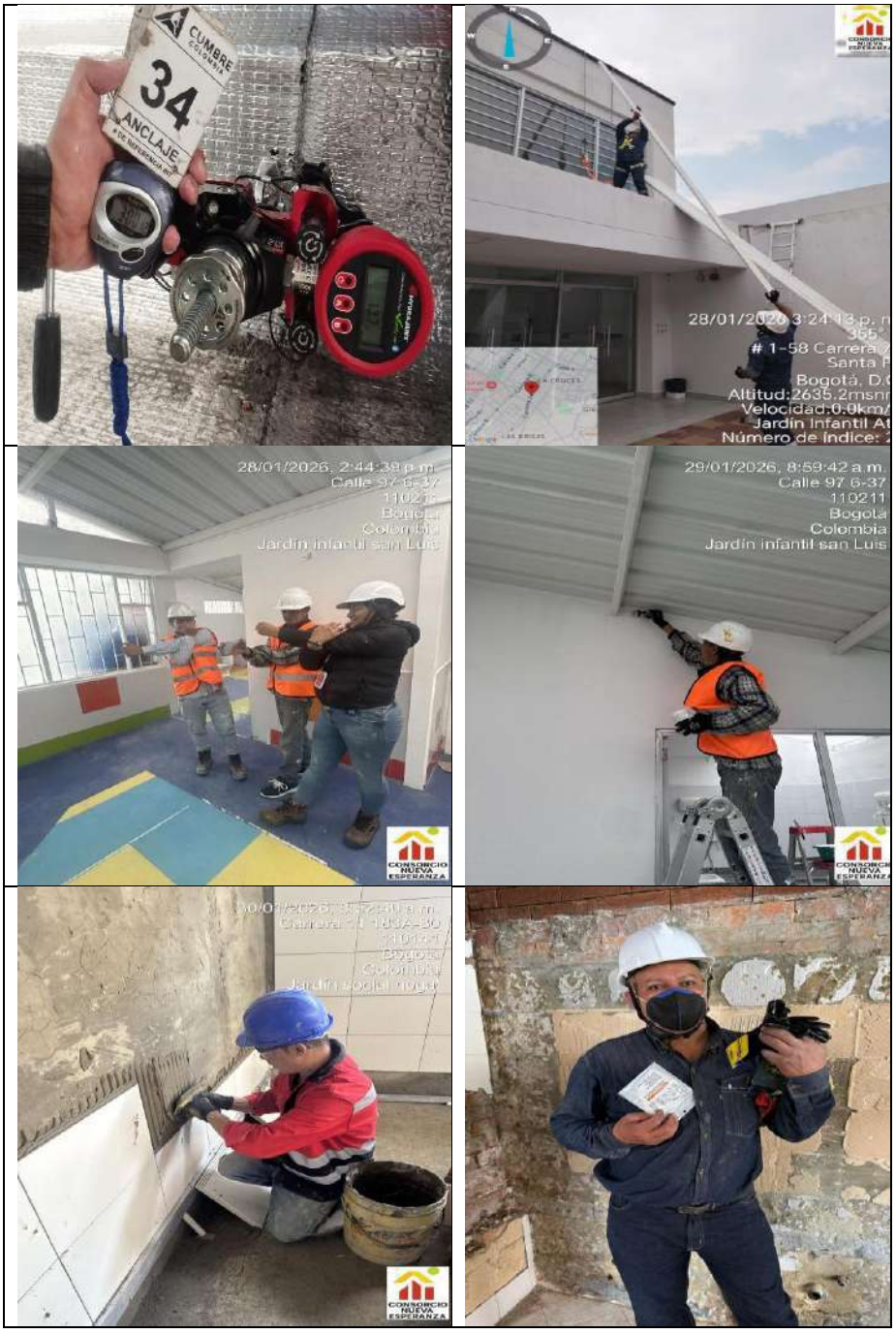
Para el periodo entre el 1/01/2026 al 30/01/2026, se generaron comunicados SST, remitiendo el SG-SST, documentos de hojas de vida de personal de plantilla mínima y solicitudes de autorización de ingreso de personal de obra, los cuales se encuentran en el **Ver Anexo 007**

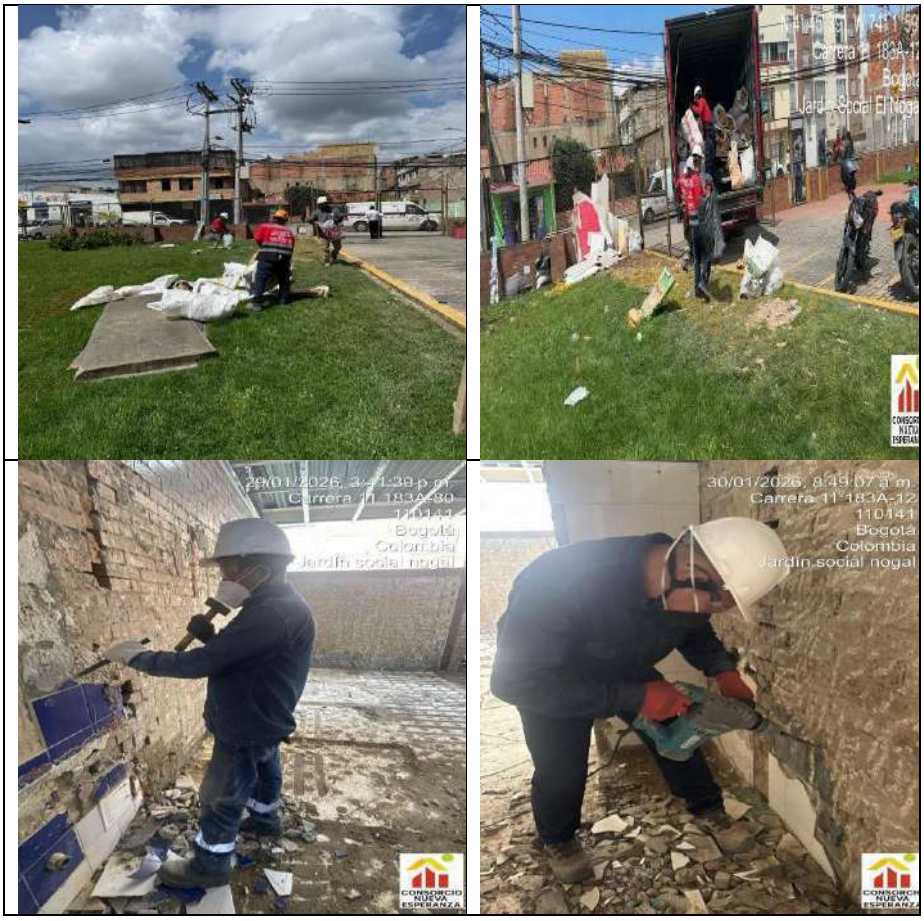
.

13. REGISTRO FOTOGRAFICO




Bogotá
Colombia
Santa Teresa
Jardín infantil servira
23/01/2026, 8:36:33 a.m.
Bogotá
Colombia
Jardín social alameda
27/01/2026 8:36:58 a. m.


CUMBRE COLOMBIA
34
ANCLAJE
28/01/2026, 2:44:38 p.m.
29/01/2026, 8:59:42 a.m.
Calle 97 6-37
Bogotá
Colombia
Jardín infantil san Luis



CONCLUSIONES

- Los lugares intervenidos, desde el componente SST, se recomienda que se cuenten con los sistemas de acceso seguro y puntos de anclajes para la ejecución de trabajos en alturas para garantizar la prevención en la accidentalidad en estas actividades de alto riesgo.
- Se evidencia disponibilidad de espacios despejados que permiten el armado de andamios.
- Se cuenta con la aprobación del SG-SST, para el desarrollo de actividades según comunicado CID.1833.25-0017 del 31/12/2025.
- No se han presentado accidentes de trabajo, ni reportes de enfermedades laborales, se adjunta formato de seguimiento a los indicadores de gestión SST

CONTROL DE CAMBIOS

FECHA	VERSION	OBSERVACIONES
04/02/2026	1	Emisión de informe
24/02/2026	2	Observaciones subsanadas mesa de trabajo (Acta No 02) informe versión 02
06/03/2026	3	Observaciones subsanadas mesa de trabajo (Acta No 03) informe versión 03
17/03/2026	4	Observaciones subsanadas mesa de trabajo (Acta No 04) informe versión 04
19/03/2026	5	Subsanación de observación informe versión 05



GERD WILSON TOVAR H
Residente SST

ANEXO 001

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	INDICADORES DEL SGSST								SGI-F-040 VERSION 1 01/12/2025				
TIPO DE INDICADOR	**NOMBRE INDICADOR**	**DEFINICION**	**NUMERO DE FICHA DE INDICADOR**	**COMO SE MIDE**	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	**RESPONSABLE**	**FRECUENCIA DE MEDICIÓN**	**UNIDAD DE MEDIDA**	**INTERPRETACION**	**META**	**MES 1**	**MES 2**	**DIVULGACION**
RESULTADO	Indice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo	Es la relacion entre el numero total de A.T con y sin incapacidad, registrados en un periodo y el total de las HHT durante un periodo multiplicado por K (constante igual a 240.000). El resultado se interpreta como numero de AT ocurridos durante el ultimo año por cada 100 trabajadores de tiempo completo.	1	IFAT =(N° TOTAL DE A.T EN EL AÑO / N° HHT AÑO)*K	Estadisticas de Accidentabilidad	Responsable SST	Mensual	Unidad	Por cada 100 trabajadores en CNE, se presentan X Accidentes de Trabajo en el año	0%	0%	0%	Informes mensuales
RESULTADO	Indice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo con Incapacidad	Expresa el total de AT incapacitantes ocurridos durante el ultimo año, por cada 100 trabajadores de tiempo completo.	2	IFIAT= (N° DE A.T EN EL AÑO CON INCAPACIDAD / N° HHT AÑO)*K	Estadisticas de Accidentabilidad	Responsable SST	Mensual	Unidad	por cada 100 trabajadores en CNE, se presentan X Accidentes de Trabajo con incapcidad en el año	0%	0%	0%	Informes mensuales
RESULTADO	Indice de Severidad de Accidentes de Trabajo	Es la relacion entre el numero de dias perdidos y cargados por accidentes de Trabajo, durante un periodo y el total de HHT durante un periodo y multiplicado por K	3	ISAT= (N° DIAS PERDIDOS Y CARGADOS POR A.T AÑO / N° HHT AÑO)*K	Estadisticas de Accidentabilidad	Responsable SST	Mensual	Unidad	por horas trabajadas al año se pierden por accidente de trabajo XX dias (365,68 horas)	0%	0%	0%	Informes mensuales
RESULTADO	Tasa Accidentalidad	Relación del número de casos de accidentes de trabajo, ocurridos durante el período con el número promedio de trabajadores en el mismo período	4	TA = N° AT / N° PROMEDIO DE TRABAJADORES	Estadisticas de Accidentabilidad	Responsable SST	Mensual	Unidad	Por cada 100 trabajadores expuestos se presentan X accidentes en el período.	0%	0%	0%	Informes mensuales
RESULTADO	Indice de Frecuecia de Ausentismo	Incluye Enfermedad Comun, enfermedad Laboral, accidente de trabajo y consulta de salud.	5	IFA=N° DE EVENTOS DE AUSENCIA POR CAUSA DE SALUD ULTIMO AÑO * 240.000 HORAS HOMBRE PROGRAMADAS EN EL AÑO	Estadisticas de Ausentismo	Responsable SST	Mensual	Unidad	Por horas trabajadas al año se presentan XXXX eventos incapacitantes por enfermedad común	0%	0%	0%	Informes mensuales
RESULTADO	Examenes Medicos Laborales	Relación del numero de personas que ingresan con el numero de examenes de ingreso que ingresan.	6	(Numero de exámenes de ingreso de trabajadores nuevos / Número de trabajadores nuevos) * 100	Cronograma Examenes Medicos de Ingreso	Responsable SST	Anual	Unidad	Por cada 100 trabajadores que ingresan se realizan X examenes de ingreso	100%	100%	100%	Informes mensuales
RESULTADO	Examenes Medicos Laborales	Relacion numero de trabajadores con evaluaciones medicas de egreso con el Número de trabajadores existentes	7	(Número de trabajadores retirados / Numero de exámenes de egreso de trabajadores retirados) * 100	Cronograma Examenes Medicos Egreso	Responsable SST	Anual	Unidad	Por cada 100 trabajadores que existen se realizan X examenes de egreso	100%	100%	100%	Informes mensuales
RESULTADO	Examenes Medicos Laborales	Relacion numero de trabajadores con evaluaciones medicas periódicas con el Número de trabajadores existentes	8	(Numero de trabajadores con evaluaciones medicas periódicas / Número de trabajadores existentes)* 100	Cronograma Examenes Medicos Periodicos	Responsable SST	Anual	Unidad	Por cada 100 trabajadores que existen se realizan X examenes periodicos.	100%	100%	100%	Informes mensuales
RESULTADO	Cobertura Induccion	Muestra el porcentaje de personas que reciben la induccion	9	Número de personas que asisten a la Id. ____ *100 Número de personas que ingresan en el periodo	Examen de Induccion	Responsable SST Responsable SST	Mensual	Unidad	XX % de las personas nuevas aaistieron a la induccion	100%	100%	100%	Informes mensuales
RESULTADO	% Cubrimiento EPP	Proporción de trabajadores que reciben los EPP	10	Número de EPP entregados x 10 Número de EPP requeridos	FORMATO ENTREGA EPP	Responsable SST	Mensual	Unidad	a XX % de las personas que requieren Epps fuero entregados	100%	NA	100%	Informes mensuales
RESULTADO	%Inspecciones realizadas	Muestra el porcentaje de Inspecciones	11	Número de inspecciones realizadas x 100 Número de inspecciones planeadas	CRONOGRAMA DE INSPECCION	Responsable SST Responsable SST	Mensual	Unidad	El XX% de las inspecciones planeadas se realizaron	100%	NA	100%	Informes mensuales

RESULTADO	Acciones correctivas	Muestra el porcentaje de condiciones mejoradas segu los hallazgos encontrados	12	Acciones correctivas realizadas x 100 No de No Conformidades encontradas	SG-SST	Responsable SST Responsable SST	Mensual	Unidad	XX% de las no conformidades tienen acciones X correctivas	100%	100%	100%	Informes mensuales
TIPO DE INDICADOR	**NOMBRE INDICADOR**	**DEFINICION**		**COMO SE MIDE**	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	**RESPONSABLE**	**FRECUENCIA DE MEDICIÓN**	**UNIDAD**	**INTERPRETACION**	**META**	**META**	**META**	**DIVULGACION**
ESTRUCTURA	Política de SST	Divulgación de la política de SST	13	Documento de la Política de SST firmada, divulgada y fechada. Cumplimiento de requisitos de norma.	SG-SST	Responsable SST	Anual	Unidad	El documento de la Política de SST se firmada, divulgada y fechada.	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Objetivos y metas	Objetivos y metas de seguridad divulgados	14	Objetivos y metas de seguridad escritos y divulgados.	SG-SST	Responsable SST	Anual	Unidad	Los objetivos y metas de seguridad se encuentran escritos y divulgados.	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Plan de trabajo anual	Áreas con Plan de Trabajo anual en SST	15	N° de áreas de la empresa con Plan anual de trabajo en SST/Total áreas de la empresa.	SG-SST	Responsable SST	Semestral	Unidad	Número de actividades del plan anual de trabajo cumplidos	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Responsabilidades	Asignación de responsabilidades	16	N° total de Jefes con delegación de responsabilidad en SGSST/Total de Jefes de la estructura.	SG-SST	Responsable SST	Anual	Unidad	Número total de Jefes con responsabilidades	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Identificación de peligros y riesgos	Método definido para la identificación de peligros	17	Método definido para la identificación de peligros.	SG-SST	Responsable SST	Anual	Unidad	Indentificación de peligros realizado	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Funcionamiento del Copasst	Funcionamiento del COPASST	18	La empresa cuenta con un COPASST en funcionamiento y con delegación de funciones.	SG-SST	Copasst	Anual	Unidad	Número de reuniones anuales del Copasst	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Recursos	Asignación de Recursos Humanos	19	N° de recursos humanos disponibles según tamaño de la empresa.	SG-SST	Director de Obra	Anual	Unidad	Número de Comités en funcionamiento y número de encargados del SGSST	100%	100%	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Plan de emergencias	Sedes con Plan de emergencia	20	N° de sedes con plan de emergencia/Nro total de trabajadores.	SG-SST	Responsable SST	Anual	Unidad	Número de sedes con plan de emergencias	100%	NA	100%	Informe Gerencial
ESTRUCTURA	Capacitación en SST	Áreas con Plan de capacitación anual en SST	21	N° de Áreas con plan de capacitación anual en SST/Total de áreas	SG-SST	Responsable SST	Anual	Unidad	XX% de personas capacitadas	100%	NA	100%	Informe Gerencial
TIPO DE INDICADOR	**NOMBRE INDICADOR**	**DEFINICION**		**COMO SE MIDE**	**FUENTE DE INFORMACIÓN**	**RESPONSABLE**	**FRECUENCIA DE MEDICIÓN**	**UNIDAD**	**INTERPRETACION**	**META**	**META**	**META**	**DIVULGACION**
PROCESO	Autoevaluación	Evaluación inicial del SG-SST	22	SUMATORIA DE PORCENTAJE POR CADA UNO DE LOS ITEMS EVALUADOS	EVALUACIÓN INICIAL DEL SGSST	Responsable SST	Anual	Unidad	XX% de cumplimiento del SG SST	100%	100%	NA	Informe Gerencial
PROCESO	Ejecución del plan de trabajo	Ejecución del plan de trabajo en el SGSST	23	(N° DE ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODOEN EL PLAN/NRO DE ACTIVIDADES PROPUESTASEN EL PERIODO EN EL PLAN DE TRABAJO) X 100	PLAN ANUAL DE TRABAJO EN SST	Responsable SST	Anual	Unidad	XX% de actividades cumplidas del plan de trabajo	80%	100%	100%	Informe Gerencial
PROCESO	Intervención de peligros y riesgos	Intervención de los peligros identificados	24	N° TOTAL DE PELIGROS INTERVENIDOS EN EL PERIODO/TOTAL DE PELIGROS IDENTIFICADOS	INSPECCIONES DE SEGURIDAD MATRIZ DE RIESGOS INVESTIGACIONES DE AT	Responsable SST	Anual	Unidad	XX% de peligros intervenidos	100%	100%	100%	Informe Gerencial
PROCESO	Investigación de accidentes e incidentes	Porcentaje de accidentes/ incidentes investigados	25	N° DE ACCIDENTES /INCIDENTESINVESTIGADOS/NRO DE ACCIDENTES/INCIDENTES REPORTADOS	REPORTE DE ACCIDENTES/INCIDENTES	Director de Obra, jefes de Área COPASST Área de Gestión de la SST	Mensual	Unidad	XX% de investigaciónes realizadas	0%	0%	0%	Informes mensuales
PROCESO	Simulacros	Procentaje de simulacros realizados por sede	26	N° DE SIMULACROS REALIZADOS/NRO DE SIMULACROS PROGRAMADOS	PLAN ANUAL DE TRABAJO EN SST	Director de Obra, jefes de Área COPASST Área de Gestión de la SST	Anual	Unidad	XX% de simulacros ejecutados	100%	NA	NA	Informe Gerencial

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE GESTION

INICIO

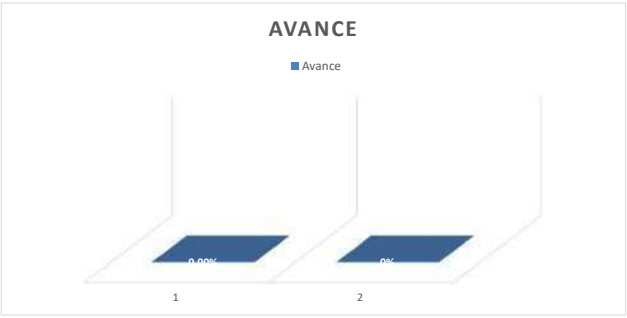
NOMBRE DEL INDICADOR	Indice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo					
PROCESO	SST	META	0%	0%	FRECUENCIA DE TOMA DE DATOS	MENSUAL
FORMULA	IFAT =(N° TOTAL DE A.T EN EL AÑO / N° HHT AÑO)*K	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	MENSUAL	MENSUAL	AÑO EN EL QUE SE REALIZA LA MEDICIÓN	2026
FUENTE DE INFORMACION	Estadisticas de Accidentabilidad	TIPO INDICADOR		RESULTADO		
RESPONSABLE DE MEDICION	RESPONSABLE SST	VIGENCIA		Año 2026		

NA

PARAMETROS	PERIODO	PERIODO
Numerador	0	0
Denominador	1	0
Rango Mayor (Meta)	0%	0%
Rango Menor	0%	0%
Avance	0,00%	#¡DIV/0!

Observaciones:

- Cada vez que no se supere el nivel de referencia bajo, se debe formular una acción correctiva.
- NR: No reporta.
- NA: No aplica.



	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE I	PARA EL MES DE ENERO DE 2026, SE CUMPLE CON LA META DEL 0%, NO SE PRESENTARON ACCIDENTES DE TRABAJO	CONTINUAR CON LOS CONTROLES OPERATIVOS
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
	30/01/2026	NO APLICA
	RESPONSABLE	
	RESIDENTE SST	

	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE II	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
		NO APLICA
	RESPONSABLE	

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

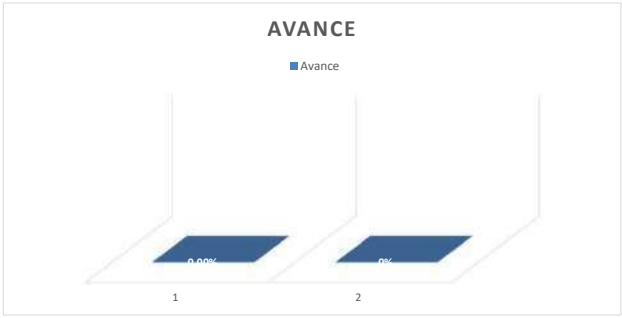
FICHA TECNICA DE INDICADORES DE GESTION

INICIO

NOMBRE DEL INDICADOR	Indice de Frecuencia de Accidentes de Trabajo con Incapacidad					
PROCESO	SST	META	0%	0%	FRECUENCIA DE TOMA DE DATOS	mensual
FORMULA	IFIAT= (N° DE A.T EN EL AÑO CON INCAPACIDAD / N° HHT AÑO)*K	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	mensual	mensual	AÑO EN EL QUE SE REALIZA LA MEDICIÓN	2026
FUENTE DE INFORMACION	Estadisticas de Accidentabilidad	TIPO INDICADOR		RESULTADO		
RESPONSABLE DE MEDICION	RESPONSABLE SST	VIGENCIA		Año 2026		

NA

PARAMETROS	PERIODO	PERIODO
Numerador	0	0
Denominador	1	0
Rango Mayor (Meta)	0%	0%
Rango Menor	0%	0%
Avance	0,00%	#¡DIV/0!



Observaciones:

- Cada vez que no se supere el nivel de referencia bajo, se debe formular una acción correctiva.
- NR: No reporta.
- NA: No aplica.

	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE I	PARA EL MES DE ENERO DE 2026, SE CUMPLE CON LA META DEL 0%, NO SE PRESENTARON ACCIDENTES DE TRABAJO	CONTINUAR CON LOS CONTROLES OPERATIVOS
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
	30/01/2026	NO APLICA
	RESPONSABLE	
	RESIDENTE SST	

	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE II	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
		NO APLICA
	RESPONSABLE	

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE GESTION

INICIO

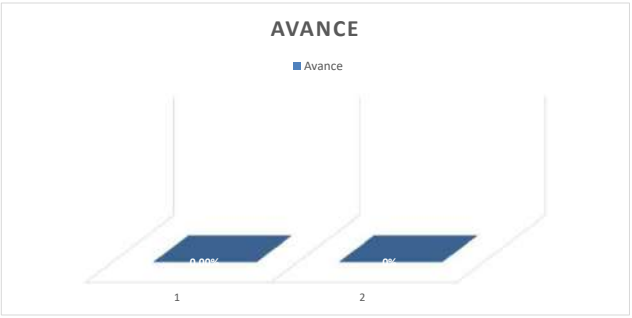
NOMBRE DEL INDICADOR	Indice de Severidad de Accidentes de Trabajo					
PROCESO	SST	META	0%	0%	FRECUENCIA DE TOMA DE DATOS	MENSUAL
FORMULA	ISAT= (N° DIAS PERDIDOS Y CARGADOS POR A.T AÑO / N° HHT AÑO)*K	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	MENSUAL	MENSUAL	AÑO EN EL QUE SE REALIZA LA MEDICIÓN	2026
FUENTE DE INFORMACION	Estadisticas de Accidentabilidad	TIPO INDICADOR		RESULTADO		
RESPONSABLE DE MEDICION	RESPONSABLE SST	VIGENCIA		Año 2026		

NA

PARAMETROS	PERIODO	PERIODO
Numerador	0	0
Denominador	1	0
Rango Mayor (Meta)	0%	0%
Rango Menor	0%	0%
Avance	0,00%	#¡DIV/0!

Observaciones:

- Cada vez que no se supere el nivel de referencia bajo, se debe formular una acción correctiva.
- NR: No reporta.
- NA: No aplica.



	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE I	PARA EL MES DE ENERO DE 2026, SE CUMPLE CON LA META DEL 0%, NO SE PRESENTARON ACCIDENTES DE TRABAJO	CONTINUAR CON LOS CONTROLES OPERATIVOS
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
	30/01/2026	NO APLICA
	RESPONSABLE	
	RESIDENTE SST	

	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE II	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
		NO APLICA
	RESPONSABLE	

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE GESTION

INICIO

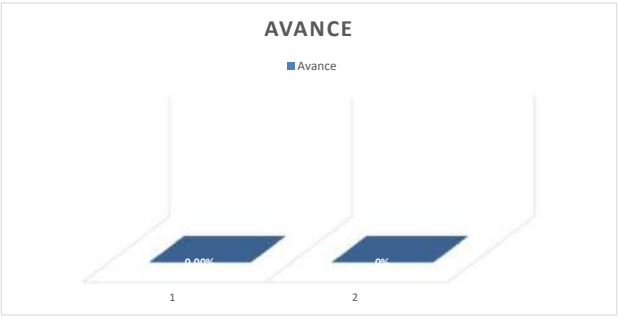
NOMBRE DEL INDICADOR	Tasa Accidentalidad					
PROCESO	SST	META	0%	0%	FRECUENCIA DE TOMA DE DATOS	Mensual
FORMULA	TA = N° AT / N° PROMEDIO DE TRABAJADORES	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	MENSUAL	MENSUAL	AÑO EN EL QUE SE REALIZA LA MEDICIÓN	2026
FUENTE DE INFORMACION	Estadisticas de Accidentabilidad	TIPO INDICADOR		RESULTADO		
RESPONSABLE DE MEDICION	RESPONSABLE SST	VIGENCIA		Año 2026		

NA

PARAMETROS	PERIODO	PERIODO
Numerador	0	0
Denominador	1	0
Rango Mayor (Meta)	0%	0%
Rango Menor	0%	0%
Avance	0,00%	#¡DIV/0!

Observaciones:

- Cada vez que no se supere el nivel de referencia bajo, se debe formular una acción correctiva.
- NR: No reporta.
- NA: No aplica.



	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE I	PARA EL MES DE ENERO DE 2026, SE CUMPLE CON LA META DEL 0%, NO SE PRESENTARON ACCIDENTES DE TRABAJO	CONTINUAR CON LOS CONTROLES OPERATIVOS
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
	30/01/2026	NO APLICA
	RESPONSABLE	
	RESIDENTE SST	

	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE II	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
		NO APLICA
	RESPONSABLE	

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE GESTION

INICIO

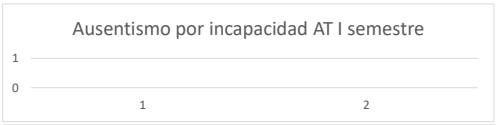
NOMBRE DEL INDICADOR	Indice de Frecuecia de Ausentismo					
PROCESO	SST	META	0%	0%	FRECUENCIA DE TOMA DE DATOS	Mensual
FORMULA	IFA=(N° DE EVENTOS DE AUSENCIA POR CAUSA DE SALUD ULTIMO AÑO / HORAS HOMBRE PROGRAMADAS EN EL AÑO) * 240.000	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	MENSUAL	MENSUAL	AÑO EN EL QUE SE REALIZA LA MEDICIÓN	2026
FUENTE DE INFORMACION	Estadisticas de Ausentismo	TIPO INDICADOR		RESULTADO		
RESPONSABLE DE MEDICION	RESPONSABLE SST	VIGENCIA		Año 2026		

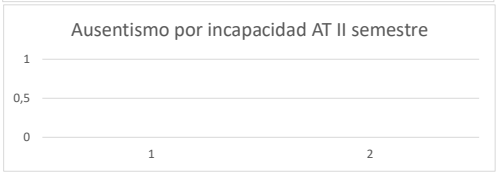
NA

PARAMETROS	SEMESTRE I	SEMESTRE II
Numerador	0	0
Denominador	0	0
Resultado	#¡DIV/0!	#¡DIV/0!

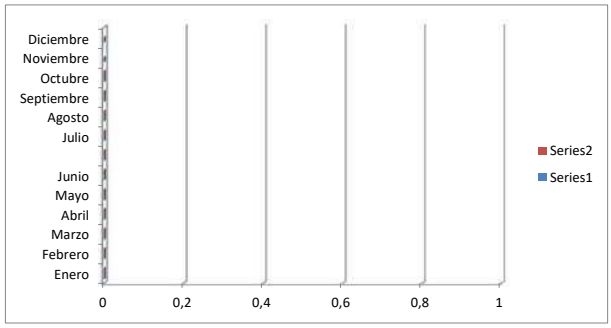
Observaciones:

- Cada vez que no se supere el nivel de referencia bajo, se debe formular una acción correctiva.
- NR: No reporta.
- NA: No aplica.





AUSENTISMO AÑO 2026			
	MES	Numero de ausentismo por incapacidades	Numero Total de ausentismos
1	Enero	0	0
2	Febrero	0	0
3	Marzo	0	0
4	Abril	0	0
5	Mayo	0	0
6	Junio	0	0
	TOTAL	0	0
7	Julio	0	0
8	Agosto	0	0
9	Septiembre	0	0
#	Octubre	0	0
#	Noviembre	0	0
#	Diciembre	0	0
	TOTAL	0	0



SEMESTRE I	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
	PARA EL MES DE ENERO DE 2026, SE CUMPLE CON LA META DEL 0%, NO SE PRESENTARON ACCIDENTES DE TRABAJO	CONTINUAR CON LOS CONTROLES OPERATIVOS
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
	30/01/2026	NO APLICA
	RESPONSABLE	
	RESIDENTE SST	

SEMESTRE II	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
		NO APLICA
	RESPONSABLE	

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

FICHA TECNICA DE INDICADORES DE GESTION

INICIO

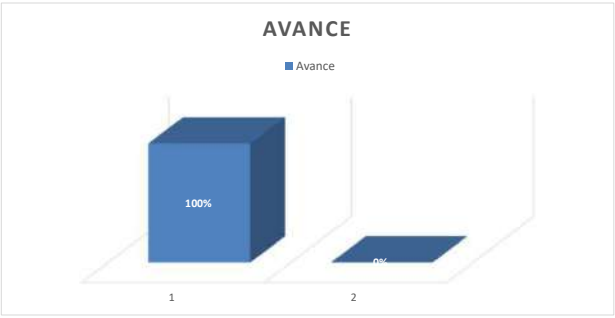
NOMBRE DEL INDICADOR	Examenes Medicos Laborales					
PROCESO	SST	META	100%	100%	FRECUENCIA DE TOMA DE DATOS	ANUAL
FORMULA	(Numero de exámenes de ingreso de trabajadores nuevos / Número de trabajadores nuevos) * 100	FRECUENCIA DE MEDICIÓN	ANUAL	ANUAL	AÑO EN EL QUE SE REALIZA LA MEDICIÓN	2026
FUENTE DE INFORMACION	Cronograma Examenes Medicos de Ingreso	TIPO INDICADOR		RESULTADO		
RESPONSABLE DE MEDICION	RESPONSABLE SST	VIGENCIA		Año 2026		

NA

PARAMETROS	PERIODO	PERIODO
Numerador	85	0
Denominador	85	0
Rango Mayor (Meta)	100%	100%
Rango Menor	100%	100%
Avance	100%	#¡DIV/0!

Observaciones:

- Cada vez que no se supere el nivel de referencia bajo, se debe formular una acción correctiva.
- NR: No reporta.
- NA: No aplica.



	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE I	PARA EL MES DE ENERO DE 2026, SE CUMPLE CON LA META DEL 0%, NO SE PRESENTARON ACCIDENTES DE TRABAJO	CONTINUAR CON LOS CONTROLES OPERATIVOS
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
	30/01/2026	NO APLICA
	RESPONSABLE	
	RESIDENTE SST	

	ANÁLISIS	ACCIÓN A SEGUIR
SEMESTRE II	NO APLICA	NO APLICA
	FECHA DE LA ACCIÓN A SEGUIR	SEGUIMIENTO A LA IMPLEMENTACIÓN (ACCIONES PERIODO ANTERIOR)
		NO APLICA
	RESPONSABLE	

ANEXO 002

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

Bogotá D.C., 4 de febrero de 2026

CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DE PAGOS DE SALARIOS Y HONORARIOS Y DE APORTES PARAFISCALES PROPIOS Y AL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL INTEGRAL

Yo HERNANDO LANCHEROS, identificado (a) con la C. C. No. 19.260.302 en calidad de Representante Legal del CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC, identificado con NIT 9020021561, certifico que para el Contrato de Obra No. 10673-2025, cuyo objeto es "REALIZAR LA OPTIMIZACIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS CENTROS, SEDES Y PREDIOS DONDE LA SECRETARÍA DISTRITAL DE INTEGRACIÓN SOCIAL PRESTA SUS SERVICIOS SOCIALES O REQUIERA DE SU INTERVENCIÓN, EN EL MARCO DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA DISTRITAL DE CUIDADO. Grupo 1", nos encontramos a paz y salvo por concepto de obligaciones derivadas de relaciones laborales y contractuales existentes entre nuestra empresa y las personas naturales con quien hemos firmado compromisos que están relacionados con el cumplimiento del objeto del contrato firmado, entre otras pagos de salarios, prestaciones sociales, liquidaciones, indemnizaciones y nos encontramos al día en el pago de aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (EPS, AFP, ARL), así como los parafiscales relacionados con el Sena, ICBF y CCF, según corresponde al personal vinculado laboralmente o contratado en la modalidad de prestación de servicios bajo la normatividad civil, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 50 de la Ley 789 de 2002 y artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 correspondiente al periodo del 1/01/2026 al 30/01/2026.

Certificó igualmente, que se ha cumplido con las obligaciones contractuales y el pago de honorarios; así mismo en lo referente a la verificación de afiliación y pagos de aportes parafiscales y al sistema de seguridad social integral, verificando de nuestra parte el pago oportuno de todas las cotizaciones y específicamente para garantizar el cubrimiento de accidentes y enfermedades laborales por parte de las ARLs, se puede evidenciar el pago de acuerdo a la clase de riesgos de todos nuestros trabajadores y el cubrimiento de las personas vinculadas por prestación de servicios quienes aportan mensualmente sus pagos cuando sus actividades se enmarcan en actividades de clase de riesgo I, II o III, o por quienes pagamos los aportes cuando pertenecen a las clases IV y V de riesgos.



HERNANDO LANCHEROS
Representante Legal
Consorcio Nueva Esperanza
NIT 902002156-1

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
NI	902002156	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	CARRERA 15 No 88 64 OFICINA 808 EDIFICO	7617188	

FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
S	B	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
1	2026	12	2025	E	16 01 2026	27622452	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	**NÚMERO DE EMPLEADOS**	9	**NIT EMPRESA CONVENIO**	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
1	CC 1007698903	SANABRIA BERNAL THALIA ANDREA	1	0			Si	001	11	X															30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF24
2	CC 1013594315	CHOCONTA PUERTO LUZ ELENA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS008	231001	14-25	CCF24
3	CC 1013606120	BARRETO OLMOS LINA MARCELA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	25-14	14-25	CCF24
4	CC 1018462873	GRIMALDO PEREZ PAULO CESAR	1	0			Si	001	11																26	26	26	26	EPS005	25-14	14-25	CCF24
5	CC 1018462873	GRIMALDO PEREZ PAULO CESAR	1	0			Si	001	11									X							4	4	4	4	EPS005	25-14	14-25	CCF24
6	CC 1097034521	DIAZ ITACUE FRAY ANDRES	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS018	230301	14-25	CCF24
7	CC 79532132	TOVAR HERNANDEZ GERD WILSON	1	0			Si	001	11		X														9	9	9	9	EPS017	25-14	14-25	CCF24
8	CC 79614406	MONTEALEGRE PORTILLO ARIEL	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS010	25-14	14-25	CCF24
9	CC 80213244	GAONA JIMENEZ CARLOS JULIO	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	25-14	14-25	CCF24
10	CC 85436375	ALVARINO PINEDA DIDIER	1	0			Si	001	11		X														30	30	30	30	EPS005	231001	14-25	CCF24

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE					
TIPO	**NÚMERO**	**NOMBRE RAZÓN SOCIAL**	**DIRECCIÓN**	**TELÉFONO**	**FAX**
NI	902002156	CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HLC	CARRERA 15 No 88 64 OFICINA 808 EDIFICO	7617188	

FORMA PRESENTACIÓN	**CLASE APORTANTE**	**NOMBRE SUCURSAL**	**CÓDIGO**	**DEPARTAMENTO**	**CIUDAD / MUNICIPIO**
U	B	PRINCIPAL	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA								
PERIODO LIQUIDACIÓN				**TIPO PLANILLA**	**FECHA PAGO (DIA MES AÑO)**	**NÚMERO RADICACIÓN**	**EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD**	**SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR**
SALUD		**PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF**						
MES	**AÑO**	**MES**	**AÑO**					
12	2025	12	2025	Y	16 01 2026	27620974	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	**NÚMERO DE EMPLEADOS**	5	**NIT EMPRESA CONVENIO**	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
1	CC 1073237874	MORA BARRERO NESTOR HUGO	59	0			No	001	11																0	0	30	0			14-25	
2	CC 19260302	LANCHEROS IBAÑEZ HERNANDO	59	0			No	001	11																0	0	30	0			14-25	
3	CC 53088817	GONZALEZ ROJAS INGRID JOHANNA	59	0			No	001	11	X															0	0	30	0			14-25	
4	CC 79532132	TOVAR HERNANDEZ GERD WILSON	59	0			No	001	11	X															0	0	30	0			14-25	
5	CC 80058495	ROBAYO ROMERO URIEL GIOVANNI	59	0			No	001	11	X															0	0	30	0			14-25	

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79386902		GARZON ROJAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 131A 57 41 - 206 IBERIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5221098	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	2062875858	9497597932	I	2026/02/03	2026/01/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,026,000

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS				PARAFISCALES		
No.	Identificación	Nombres	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Días	IBC	Aporte
Sucursal: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)					$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0
1	CC	79386902	GARZON JUAN	25-14	30	$3,600,000	$576,000	EPS005	30	$3,600,000	$450,000		0	$0	$0		0	$0	$0	0	$0	$0
Total		**Afiliados(1)**				$3,600,000	$576,000			$3,600,000	$450,000			$0	$0			$0	$0		$0	$0

aportes en línea

Resumen General de Pago

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 79386902		GARZON ROJAS JUAN CARLOS	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CALLE 131A 57 41 - 206 IBERIA	BOGOTA-BOGOTA D.E.	5221098	No

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	2062875858	9497597932	I	2026/02/03	2026/01/06	BANCO DAVIVIENDA	0	$1,026,000

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$576,000	$0	$0	$576,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	1	$576,000	$0	$0	$576,000
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$450,000	$0	$0	$450,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$450,000	$0	$0	$450,000
TOTAL				**1**	**$1,026,000**	**$0**	**$0**	**$1,026,000**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 53088817		GONZALEZ ROJAS INGRID	INDEPENDIENTE	PRINCIPAL	CLLE 62 D N 71D 15 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	3502503421	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2026-01	2026-01	10281174	9498266677	I	2026/02/05	2026/01/26	BANCOLOMBIA	0	$517,400

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO			NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																					**$1,750,905**	**$280,200**			**$1,750,905**	**$218,900**			**$0**	**$0**			**$1,750,905**		**$18,300**		**$0**	**$0**		**$517,400**
1	CC	53088817	GONZALEZ INGRID						X										23030 1	30	$1,750,905	$280,200	EPS005	30	$1,750,905	$218,900		0	$0	$0	14-23	30	$1,750,905	1.044%	$18,300	0	$0	$0	No	$517,400
Total	**Afiliados(1)**																				$1,750,905	$280,200			$1,750,905	$218,900			$0	$0			$1,750,905		$18,300		$0	$0		$517,400

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$280,200	$0	$0	$280,200
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$280,200	$0	$0	$280,200
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$18,300	$0	$0	$18,300
POSITIVA COMPAÑIA DE SEGUROS	14-23	860,011,153	6	1	$18,300	$0	$0	$18,300
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$218,900	$0	$0	$218,900
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	1	$218,900	$0	$0	$218,900
TOTAL				1	$517,400	$0	$0	$517,400

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19260302	HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ	CRA 46 118 55	7499470	hlancheros@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		52146754	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$4,000,000	$600.900	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	500.000	0		0		0	0	0	0	500.000	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	20.900				20.900	0	0	20.900			209	20.900	1

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	80.000	0	0	80.000	1

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	500.000	500.000
Pensión	0	0	0
Riesgos Laborales	1	20.900	20.900
CCF	1	80.000	80.000
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	600.900	600.900

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	19260302	HERNANDO LANCHEROS IBAÑEZ	CRA 46 118 55	7499470	hlancheros@hotmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		52146754	02/03/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-02	2026-02	I	$4,000,000	$600.900	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE								INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN								SALUD					RIESGOS LABORALES					CCF				PARAFISCALES					
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC 19260302	LANCHEROS IBAÑEZ HERNANDO	57	4			N																		0	0	0	0	0	0	0	EPS005	4.000.000	30	500.000	14-23	4.000.000	30	1	20.900	CCF22	4.000.000	30	80.000	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073237874	NESTOR HUGO MORA BARRERO	calle 16 # 13 - 90	8235311	nestorhmb.91@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/01/2026	41767439	$499.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	218.900	0		0		0	0	0	0	218.900	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	280.200	0	0	0	0	0	0		280.200	1

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	218.900	218.900
Pensión	1	280.200	280.200
Riesgos Laborales	0	0	0
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	2	499.100	499.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
CC	1073237874	NESTOR HUGO MORA BARRERO		calle 16 # 13 - 90	8235311	nestorhmb.91@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	I – Independiente			CUNDINAMARCA	FUNZA		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2026-01	I	26/01/2026	41767439	$499.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1073237874	MORA BARRERO NESTOR HUGO	3	0			N																	230201	1.750.905	280.200	0	0	0	0	EPS005	1.750.905	218.900		0		0		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901340675-8	CONSTRUCCIONES C2P SAS	DG 54g sur # 3-30	3123361369	construccionesc2psas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL / CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME		BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	23/01/2026	40690633	$3.538.100	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD

Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS002	Salud Total EPS	800130907-4	190.000	0		0		0	3	400	0	190.400	3
EPS005	Sanitas EPS	800251440-6	249.500	0		0		0	3	500	0	250.000	3
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	581.600	0		0		0	3	1.100	0	582.700	5
EPS041	NUEVA E.P.S. S.A. MOV	900156264-2	83.100	0		0		0	3	200	0	83.300	1

TOTALES PENSIÓN

Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
230201	Proteccion (ING + Proteccion)	800229739-0	83.600	0	0	0	0	3	200	0	83.800	2
230301	Porvenir	800224808-8	995.100	0	0	0	0	3	1.900	0	997.000	8
25-14	Colpensiones	900336004-7	334.100	0	0	0	0	3	700	0	334.800	2

TOTALES RIESGOS LABORALES

Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	218.100				218.100	3	400	218.500			2.181	218.500	12

TOTALES CAJAS

Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
CCF22	Colsubsidio	860007336-1	53.200	3	100	53.300	2
CCF24	Compensar Caja	860066942-7	300.200	3	600	300.800	10

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
NI	901340675-8	CONSTRUCCIONES C2P SAS		DG 54g sur # 3-30	3123361369	construccionesc2psas@gmail.com	
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO		
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.		NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	23/01/2026	40690633	$3.538.100	

TOTALES PARAFISCALES

Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
176.900	3	400	177.300	12
ICBF				
265.700	3	500	266.200	12
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA

Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	4	1.104.200	1.106.400
Pensión	3	1.412.800	1.415.600
Riesgos Laborales	1	218.100	218.500
CCF	2	353.400	354.100
ESAP	0	0	0
ICBF	1	265.700	266.200
MEN	0	0	0
SENA	1	176.900	177.300
TOTALES	12	3.531.100	3.538.100

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

PLANILLA INTEGRADA DE AUTOLIQUIDACION DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
NI	901340675-8	CONSTRUCCIONES C2P SAS		DG 54g sur # 3-30	3123361369	construccionesc2psas@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
ÚNICA	C – MIPYME			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	NO

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					12	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2026-01	2025-12	E	23/01/2026	40690633	$3.538.100	

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE									INFORMACIÓN NOVEDADES																		PENSIÓN							SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES				
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subtipo	Extranjero	Colom. exterior	Estornado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN
1	CC	1000591907	MONTILLA VALENCIA JUAN DAVID	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
2	CC	1001066809	ALBINO SALCEDO LAYONER	1	0			N	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS005	47.450	6.000	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.250	1.900	47.250	1.000	1.500	0	0
3	CC	1015469055	HOWER CUEVAS IVAN ALEJANDRO	1	0			N																	230301	1.900.000	304.000	0	0	0	0	EPS005	1.900.000	237.500	14-11	1.900.000	1	10.000	CCF24	1.900.000	76.000	1.900.000	38.000	57.000	0	0
4	CC	1022934884	GONZALEZ MARTINEZ JEANS ADRIAN	1	0			N																	25-14	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS017	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
5	CC	1033377078	CARDENAS LOPEZ WILMER FERNANDO	1	0			N																	230301	1.423.500	227.800	0	0	0	0	EPS002	1.423.500	178.000	14-11	1.423.500	1	7.500	CCF24	1.423.500	57.000	1.423.500	28.500	42.800	0	0
6	CC	1038133466	MARTINEZ MEJIA FRANK CAMILO	1	0			N	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.450	6.000	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.250	1.900	47.250	1.000	1.500	0	0
7	CC	1064310581	RAMOS SANCHEZ ROGER ANTONIO	1	0			N	X	X															230301	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS005	47.450	6.000	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	47.450	1.000	1.500	0	0
8	CC	1216969138	MANTILLA BRET JHON DAIRO	1	0			N	X																230201	474.500	76.000	0	0	0	0	EPS017	474.500	59.400	14-11	474.500	5	33.100	CCF24	474.500	19.000	474.500	9.500	14.300	0	0
9	CC	19955405	BLANCO DIAZ HENRY ALFONSO	1	0			N	X	X															230201	47.450	7.600	0	0	0	0	EPS002	47.450	6.000	14-11	47.450	5	3.400	CCF24	47.450	1.900	47.450	1.000	1.500	0	0
10	CC	80865047	CASTRO OSCAR JAVIER	1	0			N	X																230301	664.500	106.400	0	0	0	0	EPS017	664.500	83.100	14-11	664.500	5	46.300	CCF22	664.500	26.600	664.500	13.300	20.000	0	0
11	CC	1050458020	MONTENEGRO YACELLY MIGUEL ALEJANDRO	1	0			N	X																230301	664.300	106.300	0	0	0	0	EPS041	664.300	83.100	14-11	664.300	5	46.300	CCF22	664.300	26.600	664.300	13.300	20.000	0	0
12	CC	1031155813	RIAÑO MARROQUIN CARLOS ALFREDO	1	0			N	X																25-14	664.300	106.300	0	0	0	0	EPS017	664.300	83.100	14-11	664.300	5	46.300	CCF24	664.300	26.600	664.300	13.300	20.000	0	0

PAGADA

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

compensar | miplanilla.com

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

DATOS DEL APORTANTE

TIPO	NÚMERO	NOMBRE RAZÓN SOCIAL	DIRECCIÓN	TELÉFONO	FAX
NI	900898254	MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA S.A.S	CARRERA 15 NUMERO 88 -64 OFCINA 808	7617188	

FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO
S	B	BOGOTA	PPAL	BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.

DATOS DE LA PLANILLA

PERIODO LIQUIDACIÓN				TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA MES AÑO)	NÚMERO RADICACIÓN	EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD	SE ACOGE A LOS BENEFICIOS DE LEY 1429 DE 2010 A CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
SALUD		PENSIÓN, RIESGOS LAB, CAJA, SENA, ICBF						
MES	AÑO	MES	AÑO					
1	2026	12	2025	E	15 01 2026	27165756	Si	No

CENTRO DE TRABAJO	Todos	NÚMERO DE EMPLEADOS	50	NIT EMPRESA CONVENIO	Todos

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
1	CC 1000833086	PERDOMO SEGURA JOHAN STEVEN	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230901	14-25	CCF24
2	CC 1002302508	MEZA ACUÑA KASSIRIS	19	0			No	001	11																30	0	30	0	EPS010		14-25	
3	CC 1012375208	HERNANDEZ YEFFERSON	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS010	230201	14-25	CCF24
4	CC 1013673558	PEREZ ARIZA JAVIER ARMANDO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS008	230301	14-25	CCF24
5	CC 1014221256	PEREZ PEREZ JHON ALEXANDER	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS037	230201	14-25	CCF24
6	CC 1016085879	SUAREZ SANCHEZ ANDRES FELIPE	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230201	14-25	CCF24
7	CC 1023896968	SALAZAR SAENZ LAURA PRISCILA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS017	230301	14-25	CCF24
8	CC 1023959654	QUIROGA DIAZ GRANADOS JEISSON ALIRIO	1	0			Si	001	11								X								28	28	28	28	EPS017	231001	14-25	CCF24
9	CC 1023959654	QUIROGA DIAZ GRANADOS JEISSON ALIRIO	1	0			Si	001	11									X							2	2	2	2	EPS017	231001	14-25	CCF24
10	CC 1031120551	DIAZ CAICEDO PAOLA ANDREA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF24
11	CC 1032418524	CAMPOS BRICEÑO VIVIANA ROCIO	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF24
12	CC 1032425584	PEÑA AMAYA EDWARD GILBERTO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS002	25-14	14-25	CCF24
13	CC 1033723286	NUÑEZ MENDEZ CRISTIAN CAMILO	1	0			Si	001	11	X															30	30	30	30	EPS002	25-14	14-25	CCF24
14	CC 1046699742	MARTINEZ ALFARO KATHY JIRETH	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS010	230301	14-25	CCF24
15	CC 1047490119	CASTILLA PARRA AVILIO ANTONIO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF24
16	CC 1048221618	MARTINEZ RAMOS ANDER BROOM	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS037	230301	14-25	CCF24
17	CC 1049652939	SUAREZ GIL YADY TATIANA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS008	230301	14-25	CCF24
18	CE 1049659642	MOZO GONZALEZ JAIR ALEJANDRO	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230201	14-25	CCF24
19	CC 1062424744	MAFIOLI PETRO MATEO SALVADOR	1	0			Si	001	23																30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF16
20	CC 1069853182	GARAVITO GARZON HECTOR JULIO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS008	230301	14-25	CCF24
21	CC 1071304073	ORTIZ TACHA JOSE ARNULFO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS017	230301	14-25	CCF24
22	CC 1072191346	ESPEJO TORRES MICHAEL ALFONSO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS002	231001	14-25	CCF24
23	CC 1072746180	GARZON DIAZ NESTOR HERNAN	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS008	230301	14-25	CCF24

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
24	CC 1073237874	MORA BARRERO NESTOR HUGO	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230201	14-25	CCF24
25	CC 1073682246	GONZALEZ ELBER ANDRES	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS010	230301	14-25	CCF24
26	CC 10774613	SAEZ MAFIOLY GARY ALAIN	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS002	25-14	14-25	CCF24
27	CC 1100338651	MONTERROZA DE LA CRUZ MANUEL FERNANDO	1	0			Si	675	47								X								30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF33
28	CC 1100399317	JARABA DIAZ JHONATAN DE JESUS	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF24
29	CC 1103712109	ZUÑIGA VALDERRAMA RANCES	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF24
30	CC 1108929324	DIAZ BARRETO JULIAN ESTIVEN	1	0			Si	319	73																30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF50
31	CC 1109290677	ZAPATA RAMIREZ JOSETH ALEXIS	1	0			Si	001	11	X															22	22	22	22	EPS037	230301	14-25	CCF24
32	CC 1116615316	NIÑO ZARATE SARA DARIANA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF24
33	CC 1233690462	SEGOVIA TORO LAURA MILENA	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	231001	14-25	CCF24
34	CC 1233910178	GONZALEZ PINTO CRISTIAN DANILO	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	230201	14-25	CCF24
35	CC 13276018	ANDRADE LEON ELKIN GIOVANNI	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS010	230201	14-25	CCF24
36	CC 15028617	PRIETO HERNANDEZ DILSON ANTONIO	1	0			Si	001	23																30	30	30	30	EPS037	231001	14-25	CCF16
37	CC 30688384	ARRIETA MARTINEZ BELLA ELVIRA	1	0			Si	001	11		X														19	19	19	19	EPS002	230301	14-25	CCF24
38	CC 50937451	VILLANUEVA BARRIOS GLADYS LORENA	1	0			Si	001	23																30	30	30	30	EPS002	230301	14-25	CCF16
39	CC 52805077	JIMENEZ BELTRAN REINA INES	1	0			Si	001	11																26	26	26	26	EPS008	25-14	14-25	CCF24
40	CC 52805077	JIMENEZ BELTRAN REINA INES	1	0			Si	001	11									X							4	4	4	4	EPS008	25-14	14-25	CCF24
41	CC 6888959	PETRO MARTINEZ EZEQUIEL ANTONIO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS037	25-14	14-25	CCF24
42	CC 7819556	PULIDO OSUNA WALTER	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF24
43	CC 79180328	GOMEZ ESPITIA LUIS FERNANDO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF24
44	CC 79427066	PEREZ ARIAS EDGAR ALBERTO	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF24
45	CC 79820989	ALEJO NIÑO HECTOR JULIO	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS037	25-14	14-25	CCF24
46	CC 80058495	ROBAYO ROMERO URIEL GIOVANNI	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS005	230301	14-25	CCF24
47	CC 80173118	PRECIADO RESTREPO OSCAR JAVIER	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS002	230201	14-25	CCF24
48	CC 80721739	CONTRERAS CACERES DANIEL	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS008	230901	14-25	CCF24
49	CC 92277849	LOPEZ MARQUEZ JUAN CARLOS	1	0			Si	001	23								X								30	30	30	30	ESSC07	230201	14-25	CCF16
50	CC 92447184	ESCUDERO FLOREZ LUIS ENRIQUE	1	0			Si	001	11								X								30	30	30	30	EPS008	25-14	14-25	CCF24
51	CC 93298206	RIVILLAS MONTOYA DAIRO RAFAEL	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	231001	14-25	CCF24

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

REPORTE DE LA PLANILLA DE AUTOLIQUIDACIÓN DE APORTES

No	DOCUMENTO	APELLIDOS Y NOMBRES	TIPO COT	SUB COT	EXT	COL EXT	Exon	COD MUN	COD DEP	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VSP	VST	SLN	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	EPS	AFP	ARL	CCF	CÓDIGO EPS	CÓDIGO AFP	CÓDIGO ARL	CÓDIGO CCF
52	CC 9857460	ACEVEDO TABARES ALCIDES	1	0			Si	001	11																30	30	30	30	EPS005	25-14	14-25	CCF24

PAGADO

Este documento está clasificado como PRIVADO por parte de Compensar Operador de Información

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 822005946	7	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTO INGENIERIA LIMITADA	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	822005946	CALLE 162 #54 - 15 INT 3	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8070417	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2073053930	9497719405	E	2026/01/14	2026/01/13	BANCO DAVIVIENDA	0	$3,171,600

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION		SALUD		CCF		RIESGOS			PARAFISCALES	
No.	Identificación		Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	Codigo	Dias	Codigo	Días	Codigo	Días	Tarifa	Días	Exonerado SENA e ICBF
SUCURSAL: 822005946 (6 Afiliados)																														
Centro de Trabajo: A822005946 (6 Afiliados)																														
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (6 Afiliados)																														
1	CC	1000794951	ACOSTA AVILA JUAN DIEGO																	230201	30	EPS005	30	CCF24	30	14-25	30	6.960%	30	Si
2	CC	11448105	ALARCON ALARCON ALEXIS ALEJANDRO																	230201	30	EPS017	30	CCF24	30	14-25	30	6.960%	30	Si
3	CC	52987442	CUEVAS ORTIZ LIZBETH																	230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-25	30	6.960%	30	Si
4	PT	921928	GUERRERO HERNANDEZ POGAS MELEOR		X															230301	1	EPS037	1	CCF24	1	14-25	1	6.960%	1	Si
5	CC	79988897	RIAÑO CEPEDA RAUL GREGORIO																	230201	30	EPS005	30	CCF24	30	14-25	30	6.960%	30	Si
6	PT	4567875	VILCHEZ PALENCIA YOENDRY ONILO																	230301	30	EPS002	30	CCF24	30	14-25	30	6.960%	30	Si
Total			**Afiliados(6)**																											

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 2)				6	$1,638,800	$0	$0	$1,638,800
PORVENIR	230301	800,224,808	8	3	$463,200	$0	$0	$463,200
PROTECCION	230201	800,229,739	0	3	$1,175,600	$0	$0	$1,175,600
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$713,000	$0	$0	$713,000
COLMENA	14-25	800,226,175	3	6	$713,000	$0	$0	$713,000
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				6	$409,900	$0	$0	$409,900
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	6	$409,900	$0	$0	$409,900
EPS (ADMINISTRADORAS: 4)				6	$409,900	$0	$0	$409,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$1,900	$0	$0	$1,900
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$114,000	$0	$0	$114,000
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	2	$237,000	$0	$0	$237,000
TOTAL				**6**	**$3,171,600**	**$0**	**$0**	**$3,171,600**

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
NIT 901343924	0	SARA CONSTRUCCIONES SAS	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CRA 49C SUR 78-59	BOGOTA-BOGOTA D.E.	8214908	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-12	2026-01	2063999113	9497625593	E	2026/01/08	2026/01/06	BANCOLOMBIA	0	$3,648,900

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

EMPLEADO				NOVEDADES																		PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre	ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (13 Afiliados)																						$11,435,450	$1,830,000			$12,147,200	$486,400			$12,147,200	$486,400			$12,147,200		$846,100		$0	$0		$3,648,900
Centro de Trabajo: PRINCIPAL (13 Afiliados)																						$11,435,450	$1,830,000			$12,147,200	$486,400			$12,147,200	$486,400			$12,147,200		$846,100		$0	$0		$3,648,900
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (13 Afiliados)																						$11,435,450	$1,830,000			$12,147,200	$486,400			$12,147,200	$486,400			$12,147,200		$846,100		$0	$0		$3,648,900
1	CC	79499428	ALARCON HENRY																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
2	CC	1073722332	ALARCON JULIAN																	230301	30	$1,423,500	$227,800	EPS005	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
3	CC	1126243654	GIL LUIS	X																230301	15	$711,750	$113,900	ESSC07	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
4	CC	1034325019	GONZALEZ DENNY	X																230301	15	$711,750	$113,900	EPS002	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
5	CC	1016060256	GONZALEZ HAROLD	X	X															230301	1	$47,450	$7,600	EPS010	1	$47,450	$1,900	CCF22	1	$47,450	$1,900	14-11	1	$47,450	6.960%	$3,400	1	$0	$0	Si	$14,800
6	CC	80739870	JALABE JOSE	X																230301	15	$711,750	$113,900	EPS002	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
7	CC	1012403027	MATALLANA MILTON	X																230301	15	$711,750	$113,900	EPS005	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
8	PT	5228527	MONTIEL JESUS																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS017	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
9	CC	1026300135	MORENO MICHAEL																	230201	30	$1,423,500	$227,800	EPS002	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
10	CC	91420094	PRADA PEDRO	X																	0	$0	$0	EPS005	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$106,600
11	CC	1014261494	RUBIO GERMAN	X																230301	15	$711,750	$113,900	EPS037	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
12	PT	2811765	VARGAS ELVIS																	25-14	30	$1,423,500	$227,800	EPS041	30	$1,423,500	$57,000	CCF22	30	$1,423,500	$57,000	14-11	30	$1,423,500	6.960%	$99,100	30	$0	$0	Si	$440,900
13	CC	1072524518	YANES ORLANDO	X																230201	15	$711,750	$113,900	EPS002	15	$711,750	$28,500	CCF22	15	$711,750	$28,500	14-11	15	$711,750	6.960%	$49,600	15	$0	$0	Si	$220,500
Total		**Afiliados(13)**																				$11,435,450	$1,830,000			$12,147,200	$486,400			$12,147,200	$486,400			$12,147,200		$846,100		$0	$0		$3,648,900

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 3)				12	$1,830,000	$0	$0	$1,830,000
COLPENSIONES	25-14	900,336,004	7	2	$455,600	$0	$0	$455,600
PORVENIR	230301	800,224,808	8	8	$1,032,700	$0	$0	$1,032,700
PROTECCION	230201	800,229,739	0	2	$341,700	$0	$0	$341,700
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$846,100	$0	$0	$846,100
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	13	$846,100	$0	$0	$846,100
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				13	$486,400	$0	$0	$486,400
COLSUBSIDIO	CCF22	860,007,336	1	13	$486,400	$0	$0	$486,400
EPS (ADMINISTRADORAS: 7)				13	$486,400	$0	$0	$486,400
EPS SURA (ANTES SUSALUD)	EPS010	800,088,702	2	1	$1,900	$0	$0	$1,900
FAMISANAR	EPS017	830,003,564	7	1	$57,000	$0	$0	$57,000
MUTUAL SER	ESSC07	806,008,394	7	1	$28,500	$0	$0	$28,500
NUEVA E.P.S.	EPS037	900,156,264	2	1	$28,500	$0	$0	$28,500
NUEVA EPS MOVILIDAD	EPS041	900,156,264	2	1	$57,000	$0	$0	$57,000
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	4	$142,500	$0	$0	$142,500
SANITAS	EPS005	800,251,440	6	4	$171,000	$0	$0	$171,000
TOTAL				**13**	**$3,648,900**	**$0**	**$0**	**$3,648,900**

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 192415
PERIODO ENERO-2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52093675
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUGEY SILVANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 60 N° 15A -17 AP 102	TELÉFONO:	2294459
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	192415
APELLLIDOS:	GONZALEZ GONZALEZ	NOMBRES:	AVELINO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
TIPO COTIZANTE:	DEPEND	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
TIPO DE SALARIO:	FIJO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

PLANILLA No:	6005794889	TIPO DE PLANILLA:	E	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	enero - 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	febrero - 2026	FECHA DE PAGO:	04/02/2026	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES							
																	PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																						SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																								
$ 1.750.500	06																230201-PROTECCION	25	$ 1.459.088	$ 233.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.500	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 1.459.088	$ 58.400	$ 0	$ 58.400	14-11 - ARL SURA	25	$ 1.459.088	52093675	$ 101.600	25	$ 1.458.750	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 58.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 451.900

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 11440556
PERIODO ENERO-2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52093675
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUGEY SILVANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 60 N° 15A -17 AP 102	TELÉFONO:	2294459
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11440556
APELLLIDOS:	GONZALEZ GONZALEZ	NOMBRES:	FERNANDO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
TIPO COTIZANTE:	DEPEND	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
TIPO DE SALARIO:	FIJO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

PLANILLA No:	6005794889	TIPO DE PLANILLA:	E	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	enero - 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	febrero - 2026	FECHA DE PAGO:	04/02/2026	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES								
																	PENSIÓN								SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																						SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
$ 1.750.500	06																230301-PORVENIR	25	$ 1.459.088	$ 233.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.500	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 1.459.088	$ 58.400	$ 0	$ 58.400	14-11 - ARL SURA	25	$ 1.459.088	52093675	$ 101.600	25	$ 1.458.750	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 58.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 451.900

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____

PLANILLA INTEGRADA AUTOLIQUIDACIÓN APORTES
SOPORTE DE PAGO PARA EL COTIZANTE CC 11444956
PERIODO ENERO-2026

DATOS GENERALES DEL APORTANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	52093675
NOMBRE Ó RAZÓN SOCIAL:			SUGEY SILVANA
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
DIRECCIÓN:	CL 60 N° 15A -17 AP 102	TELÉFONO:	2294459
TIPO APORTANTE:	02-INDEPENDIENTE	CLASE APORTANTE:	I-INDEPENDIENTE
TIPO EMPRESA:	PRIVADA	ACTIVIDAD ECONOMICA:	Actividades reguladoras y facilitadoras de la act
APORTANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

DATOS DEL COTIZANTE			
TIPO IDENTIFICACIÓN:	CÉDULA DE CIUDADANÍA	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:	11444956
APELLLIDOS:	GONZALEZ GONZALEZ	NOMBRES:	EDELFONSO
CIUDAD/MUNICIPIO:	BOGOTA DISTRITO CAPITAL	DEPARTAMENTO:	BOGOTA - DISTRITO CAPITAL
TIPO COTIZANTE:	DEPEND	SUBTIPO COTIZANTE:	
COLOMBIANO RESIDENTE EN EL EXTERIOR:	NO	EXTRANJERO NO OBLIGADO A COTIZAR PENSIÓN:	NO
TIPO DE SALARIO:	FIJO		
COTIZANTE EXONERADO PAGO APORTES SALUD, SENA E ICBF (REFORMA TRIBUTARIA):			SI

PLANILLA No:	6005794889	TIPO DE PLANILLA:	E	PERIODO COTIZACION OTROS SUBSISTEMAS:	enero - 2026	PERIODO COTIZACIÓN SALUD:	febrero - 2026	FECHA DE PAGO:	04/02/2026	FORMA DE PRESENTACIÓN APORTANTE:	ÚNICO

	NOVEDADES																SEGURIDAD SOCIAL																PARAFISCALES								
																	PENSIÓN									SALUD						ARP					CCF			SENA	ICBF	ESAP	MINEDU
SALARIO BÁSICO	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	COR	VSP	VST	SLN	COM	IGE	LMA	VAC	AVP	VCT	IRP	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	FSP		APORTES VOLUNTARIOS		INDICADOR TARIFA ESPECIAL	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	COTIZACIÓN	VALOR ADRES	TOTAL APORTE	ADMIN	DÍAS COT	IBC	CENTRO DE TRABAJO	TOTAL APORTE	DÍAS COT	IBC	ADMIN	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE	TOTAL APORTE
																						SUBSISTENCIA	SOLIDARIDAD	EMPLEADOR	EMPLEADO																										
$ 1.750.500	06																	231001-COLFONDOS	25	$ 1.459.088	$ 233.500	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0	Normal	$ 233.500	EPS002-SALUD TOTAL	25	$ 1.459.088	$ 58.400	$ 0	$ 58.400	14-11 - ARL SURA	25	$ 1.459.088	52093675	$ 101.600	25	$ 1.458.750	CCF22-COLSUBSIDIO	$ 58.400	$ 0	$ 0	$ 0	$ 0

TOTAL PAGADO:	$ 451.900

Planilla Pagada

Entregado por: _____

Recibido por: _____

ANEXO 003

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.001.217.379

OCAMPO ACEVEDO

APELLIDOS

JUAN DAVID

NOMBRES

David Ocampo

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 02-ENE-2003

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

12-FEB-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

P-1500150-01217793-M-1001217379-20210224 0073541358A 1 8501508508

CODIGO DE VERIFICACION Y AUTENTICACION

131024/1/C-REE10 -11-5

CUMBRE COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

NIT: 901 139 753 - 4

CERTIFICADOS EN LA NTC 6072 POR BUREAU VERITAS CON CODIGO ONAC 09-CPR-008 Y CERTIFICADO CO21.01731
APROBADOS POR EL MINISTERIO DE TRABAJO RES 4272 DEL 05062018 N° 08SE2018220000000020162
LICENCIA DE SERVICIOS SST 8989 DE 31/05/2021

GRUPO CUMBRE COLOMBIA - SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OTORGA LA:

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

A:

JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO

IDENTIFICADO CON: CC 1001217379

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL NIVEL DE CAPACITACION

REENTRENAMIENTO

BAJO ESTANDARES Y LINEAMIENTOS RESOLUCION 4272 / 2021

REALIZADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA DC, DURANTE EL 13/10/2024 A 13/10/2024

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE ***8 HORAS***

SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL: 15/10/2024 DANDO CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS

EN CONSTANCIA SE FIRMA:

Rosalba Garcia R.

ROSALBA GARCIA RUBIANO
REPRESENTANTE LEGAL
CEDULA: 23.779.061 DE MONIQUIRA

Jesus olivos

JESUS ALBERTO OLIVOS MALPICA
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LICENCIA SST 7192 - 16/02/2021

DATOS COMPLEMENTARIOS RESOLUCION 4272 - MINISTERIO DE TRABAJO

CUMBRE COLOMBIA

REALIZADO PARA EMPRESA: *CUMBRE COLOMBIA* ***NIT:*** *901 139 753 - 4*
CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO

REPRESENTANTE LEGAL: *ROSALBA GARCIA* ***DOCUMENTO ID:*** *23779061*

AFILIACION DEL TRABAJADOR A RIESGOS LABORALES EN: *ARL SURA*

WWW.CUMBRECOLOMBIA.COM

Calle 71 # 21 - 44 Bogotá DC - Colombia I Móvil : 301 382 9000 I info@cumbrecolombia.com

EXAMENES	ARL	ALTURAS	CONFINADOS	EQUIPOS	ANCLAJES
MEDICOS	REINVERSION	CURSOS	ESPACIOS	INSPECCION	INSTALACION

Bogotá D.C., diciembre 16 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1001217379, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: JESUS ALBERTO OLIVOS MALPICA
SEDE DONDE SE FORMÓ: CHAPINERO
EMPLEADOR: CUMBRE COLOMBIA
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: ARL SURA

SECTOR ECONÓMICO: SERVICIOS CAPACITACION
FECHAS DE FORMACIÓN: 13/10/2024 a 13/10/2024
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 16 de 2025

CUMBRE COLOMBIA

ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN

Codigo: FRT-SST-030
Fecha: 06/2024
Version: 03

EMPRESA: CUMBRE COLOMBIA SAS

NOMBRE TRABAJADOR: JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO **CÉDULA:** 1.001.217.379

MOTIVO DE ENTREGA: LEGAL 1 | DESGASTE 2 | DAÑO 3 | PÉRDIDA 4

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO ENTREGADO (EPP) (Uno por casilla)	MOTIVO DE LA ENTREGA	FIRMA DE RECIBIDO	OBSERVA
11/09/2025	2 Pantalone (negro y verde)	1		
	1 Par botas / 1 Par guantes	1		
25/07/2025	1 Chaqueta azul comercial	1		
30/10/2025	1 Casco Rojo / 3 Par guantes	2		
01/12/2025	1 Par guantes	1		

sobre los

Powered by CamScanner

GRUPO **CUMBRE**
COLOMBIA



JUAN DAVID OCAMPO. A

GESTOR OPERATIVO

CC: 1001217379
ARL: SURA
EPS: COMPENSAR
RH: O+
TELEFONO: 3044099816

www. cumbrecolombia.com

Este carnet es personal e intransferible, acredita a su titular como miembro de nuestra compañía.

Debe ser portado en un lugar visible dentro de las instalaciones.

En caso de pérdida se deberá reportar de inmediato a nuestra línea de atención.

+57 3044099816

GRUPO **CUMBRE**
COLOMBIA

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 10/01/26 | LUGAR: CNE | HORA: DE 7:00 A 9:00am.

TEMA GENERAL: Inducción SST, Políticas, Reglamento, Plan de Emergencia, Riesgos SST.

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Cmdt W. Tovar H.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente SST

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David Ocampo	1001213379	Operativo	Cemtone	
2	Paola Cesar Ramirez	1071168183	Coord.	Cemtone	
3	Antonio Avellaneda	1010162930	Operativo	Cemtone	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Juan David Ocampo

IDENTIFICADO CON C.C : 1001173179

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operativo

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Físicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Ac ıes preventivas:

1. Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2. No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3. Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4. No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5. Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6. Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7. Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8. Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9. No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10. Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres dias calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Fi. a presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 10/9/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Juan D. Ocampo	Gerl Y. Tor H
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
	Gerl.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Jun David Ocampo	CARGO	Operativo
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Cumplir con políticas SST, reglamentos y registros SST
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	- Señales de Emergencia - Señales Preventivas.
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	- Participar en Capacitaciones - Reportar Actos y Condiciones Inseguras
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	- Biomecánicos - Físicos
Escriba un ejemplo de acto inseguro	- Pasar por piso mojado - Pasar por sitio sin estar autorizado
Escriba un ejemplo de condición insegura	- Sitio sin estar señalizado - Andamio mal armado

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	✓	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	10/01/26 FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5.0	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
APROBÓ SI X NO		

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Juan David Ocampo CARGO Operativo C.C. 1001217379

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	10	01	26	1	1		1								1					1				1	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

Medellín, 19 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO, en el centro de trabajo 0000000005 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1001217379	OCAMPO ACEVEDO JUAN DAVID	02/01/2024		2155310c	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10101629202535342501

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/12/2025 11:48:21 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.157.144.228, 192.230.104.3, 172.16.42.57

EL PROGRAMA DE EPS DE LA CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860.066.942-7

CERTIFICA QUE

Que el(la) señor(a) JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO identificado(a) con Cedula Ciudadania 1001217379, se encuentra Activo en el Plan de Beneficios de Salud PBS, de la EPS Compensar por la Empresa 'CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO' NIT 901139753, en calidad de Dependiente según información contenida a la fecha en nuestra base de datos.

Fecha Afiliación	Fecha Retiro
20240109	No Registrada

El presente certificado se expide a solicitud del (la) interesado(a), a los 30 días del mes de Diciembre de 2.025

Observaciones:

Con destino a:
JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO

Información sujeta a verificación por parte de COMPENSAR EPS, cualquier aclaración con gusto será atendida en la línea (601) 4441234 - Documento no válido como autorización de traslado ni aclaración de multiafiliación en el SGSSS..

Cordialmente,
COMPENSAR EPS.

Elaboró: PORTAL CORPORATIVO CER-AFI
31006922

Vigilado Supersalud
Vigilado Supersubsidio

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.001.217.379**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 30 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1001217379
Nombre	: *JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO*
Empresa/Contratante	: CUMBRE COLOMBIA
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901139753
Fecha de Afiliación a CCF	: 2024/04/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2024/04/01
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a CUMBRE COLOMBIA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código GRNnDwqVH

Vigilado Supersubsidio

IPS CUMBRE SALUD OCUPACIONAL
NIT: 901128070-5
licencia de salud ocupacional RESOLUCION 3786 de 11/08/2020
Estamos ubicados en la calle 71 21-44 piso 1
Teléfono fijo: 300 10 94 • Teléfono móvil: 3216942297 - 3013829000

VALIDE AQUÍ

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



FECHA: 2025-08-11 06:28:21 **HORA INICIO:** 6:00

NOMBRE: JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO **DOCUMENTO:** CC 1001217379

EDAD: 22 Años 7 Meses 9 Dias

EMPRESA: CUMBRE COLOMBIA

CARGO: GESTION OPERATIVA

TIPO DE EXAMEN **INGRESO:** ☐ **RETIRO:** ☐ **PERIODICO:** ☑ **ALTURAS:** ☑ **ESPACIOS CONFINADOS** ☐

EVALUACIONES Y/O PRUEBAS DIAGNOSTICO REALIZADAS

ANALISIS: La certificación de las condiciones de salud para realizar trabajos en alturas, está reglamentada por las Resoluciones 2346 de 2007 y 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo y establece que todo trabajador que vaya a realizar este tipo de tareas se debe realizar un Examen Médico Ocupacional para certificar la conformidad con los requisitos establecidos.

APTITUD PARA EL CARGO:

***APTO PARA EL CARGO, APTO ALTURAS*, *PERIODICO SATISFACTORIO CN RECOMENDACIONES OSTEOMUSCULARES*,** CONCEPTO SE EMITE CON BASE EN HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EVALUACION MEDICA REALIZADA EL DIA DE HOY Y EN INFORMACION APORTADA POR EL TRABAJADORY/O EMPRESA CONTRATANTE/PACIENTE SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL CARGO

AUDIOMETRIA: CON HALLAZGO

OPTOMETRIA / VISIOMETRIA: NORMAL

ESPIROMETRIA: NO SE EXPLORA

EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NORMAL

PSICOLOGIA OCUPACIONAL: NO SE EXPLORA

COMPLEMENTARIOS: NO SE EXPLORA

LABORATORIO CLINICO: NORMAL

OTROS:

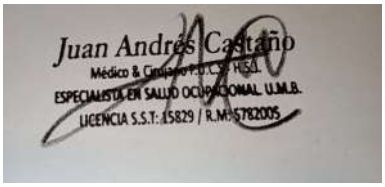
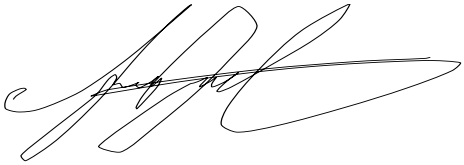
RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES	SI/NO	RECOMENDACIONES	SI/NO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	SI	ACTIVIDAD FISICA	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI	MANEJO DE CARGAS O POSTURAS	NO
HIGIENE POSTURAL	SI	REALIZACION PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO
RECOMENDACIONES DIETARIAS	SI	CONTINUAR MANEJO MEDICO POR EPS	SI
MANEJO PSICOLABORAL	NO	REMITIR A LA EPS	NO
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI	REMITIR A LA ARL	NO

OTRAS : PACIENTE NIEGA PATOLOGIAS E INGESTA DE MEDICAMENTOS, REQUIERE VALORACION Y MANEJO POR MEDICO FACULTATIVO DE SU EPS PARA CONTROLES AUDITIVOS. NIEGA ANTECEDENTES NEUROLOGICOS Y/O MENTALES O DE OTRA INDOLE QUE PUEDA COMPROMETER EL TRABAJO; PRUEBAS PARA VERTIGO NEGATIVAS, NIEGA ACROFOBIA, POR LO ANTERIOR PUEDE LABORAR NORMALMENTE EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES AUDITIVAS; SE INDICAN RECOMENDACIONES GENERALES: CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES ANUALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.USO OBLIGATORIO Y ADECUADO DE EPP SEGÚN LA EXPOSICION.

1) UTILIZAR PROTECCION AUDITIVA EN EL ENTORNO LABORAL.
2) EVITAR RUIDOS INTENSOS MAYORES A (>80 dB) DURANTE UN TIEMPO PROLONGADO.
3) EVITAR EL USO PROLONGADO DE AURICULARES Y MANTENER UN VOLUMEN INFERIOR A 60%, RECORDAR QUE EL VOLUMEN EN AURICULARES >60% SON NOSIVOS PARA LA SALUD AUDITIVA.
4) APLICAR LIMPIEZA SOLO EN AURICULAS (SOLO ZONA EXTERNA), NO USAR HISOPOS O COPITOS DE ALGODÓN EN OIDO INTERNO.
5) CONTNUAR VALORACION, CONTROL Y MANEJO CON FACULTATIVO POR SU EPS.

RESTRICCIONES MÉDICAS: NA
OBSERVACIONES: NA

MEDICO		HUELLA
		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mí, examen médico ocupacional registrado en este documento, se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico. Entiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido sobre mi estado de salud.

CUMBRE COLOMBIA	CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS LABORALES	Código: FRT-SST-010
		Versión: 02
		Fecha: 11/8/2025

CARTA DE RECOMENDACIONES LABORALES

Nombre del funcionario: JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO
Fecha: 11/ agosto / 2025
CC: 1.001.217.379
Cargo: APOYO OPERATIVO

El compromiso de **CUMBRE COLOMBIA SAS** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento humano por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

EXAMEN MÉDICO PERIODICO
Realizado el 11 de agosto de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan.
PACIENTE NIEGA PATOLOGÍAS E INGESTA DE MEDICAMENTOS, REQUIERE VALORACIÓN Y MANEJO POR MÉDICO FACULTATIVO DE SU EPS PARA CONTROLES AUDITIVOS. NIEGA ANTECEDENTES NEUROLÓGICOS Y/O MENTALES O DE OTRA ÍNDOLE QUE PUEDA COMPROMETER EL TRABAJO ; PRUEBAS PARA VERTIGO NEGATIVAS, NIEGA ACROFOBIA, POR LO ANTERIOR PUEDE LABORAR NORMALMENTE EN ALTURAS CON RECOMENDACIONES AUDITIVAS; SE INDICAN RECOMENDACIONES GENERALES: CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES ANUALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGUN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA.USO OBLIGATORIO Y ADECUADO DE EPP SEGÚN LA EXPOSICIÓN.

1) UTILIZAR PROTECCIÓN AUDITIVA EN EL ENTORNO LABORAL.
2) EVITAR RUIDOS INTENSOS MAYORES A (>80 dB) DURANTE UN TIEMPO PROLONGADO.
3) EVITAR EL USO PROLONGADO DE AURICULARES Y MANTENER UN VOLUMEN INFERIOR A 60%, RECORDAR QUE EL VOLUMEN EN AURICULARES >60% SON NOCIVOS PARA LA SALUD AUDITIVA.
4) APLICAR LIMPIEZA SOLO EN AURÍCULAS (SOLO ZONA EXTERNA), NO USAR HISOPOS O COPITOS DE ALGODÓN EN OÍDO INTERNO.
5) CONTINUAR VALORACIÓN, CONTROL Y MANEJO CON FACULTATIVO POR SU EPS

Powered by CamScanner

CUMBRE COLOMBIA	**CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS LABORALES**	Código: FRT-SST-010
		Versión: 02
		Fecha: 11/8/2025

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico para que se dé el manejo recomendado, recuerde que debe hacerlo en un periodo no máximo a 30 días. Agradecemos, notifique al área de SST, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud. Recuerde que la entidad desde SST realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones. Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

VERIFICADO COORDINACIÓN SG-SST

CLAUDIA MANRIQUE V.
Coordinador SGSST y Calidad
CUMBRE COLOMBIA SAS

Juan David Ocampo
CC. 1001297379

Powered by CamScanner

CONTRATO N.°: 014 24

TERMINO DEL CONTRATO: **TERMINO INDEFINIDO**
EMPLEADOR: **CUMBRE COLOMBIA SAS**
NIT: **901 139 753 - 4**
REPRESENTANTE LEGAL: **ROSALBA GARCIA RUBIANO**
N° DE CEDULA: 23.779.061 de Moniquirá
TRABAJADOR: **JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO**
N° CC: 1.001.217.379
ASIGNACIÓN MENSUAL: **1 SMMLV mil pesos M/C**
CARGO: **GESTION OPERATIVA**

Entre los suscritos, **ROSALBA GARCIA RUBIANO** mayor de edad, vecino de Bogotá. D.C., identificada con C.C. No. 23.779.061 de Moniquirá, quien actúa como representante legal de **CUMBRE COLOMBIA NIT 901 139 753 - 4** quien para efectos del presente contrato se denomina **EL EMPLEADOR** por una parte y por la otra, **JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO**, mayor de edad, vecino (a) de Bogotá D.C., identificado (a) con la CC. Nº 1.001.217.379 de Bogotá D.C quien para los efectos del presente documento se denominara **EL TRABAJADOR**, acuerdan celebrar el presente Contrato de Trabajo el cual se regirá por las normas del Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento interno de **EL EMPLEADOR**, y por las siguientes clausulas:

PRIMERA. – OBJETO. EL TRABAJADOR, se obliga para con **EL EMPLEADOR**, a ejecutar personalmente las labores que sean necesarias, anexas y complementarias para el cargo de **GESTION OPERATIVA** de conformidad al manual de función, así como el cumplimiento de los estándares y lineamientos de la normatividad vigente aplicable y/o cualquier otro relacionado que **EL EMPLEADOR** le indique, de conformidad con las ordenes e instrucciones que imparta **EL EMPLEADOR** o su representante.

PARAGRAFO PRIMERO: Las partes acuerdan expresamente que **EL TRABAJADOR** durante la vigencia de este contrato de trabajo, salvo autorización expresa y por escrito emitida por **EL EMPLEADOR**, no podrá prestar directa ni indirectamente sus servicios laborales a otros contratantes en prestación de servicios en forma que afecte su salud y ocasione el desgaste de su organismo y esto le impida prestar eficazmente el servicio convenido en este contrato, será únicamente para el **CUMBRE COLOMBIA SAS** y/o de manera autorizada por escrito.

PARAGRAFO SEGUNDO: Los servicios contratados serán prestados por **EL TRABAJADOR** en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 71#21-44 o en donde **EL EMPLEADOR** lo requiera,

en caso de que se requiera que los servicios sean prestados en una sede diferente, se dará cumplimiento a las normas legales vigentes en el momento del traslado.

SEGUNDA. DURACION: Las partes acuerdan que el presente contrato es a término indefinido, y teniendo en cuenta el acuerdo previo por las partes, con periodo de prueba de dos (2) meses, estos no serán liquidables. De conformidad al artículo 78 del C.S.T

PARAGRAFO PRIMERO: EL TRABAJADOR no podrá celebrar otros contratos de trabajo o prestar servicios similares a los que presta al **EMPLEADOR.**

TERCERA. – REMUNERACION. EL EMPLEADOR pagará a **EL TRABAJADOR** a título de salarios, mensualmente la suma de **UN (1) SMMLV.**

PARAGRAFO PRIMERO: Las partes acuerdan expresamente, que cualquier beneficio adicional, en dinero o en especie, que reciba **EL TRABAJADOR** proveniente de **EL EMPLEADOR**, no será constitutivo de salario y en consecuencia no será tenido en cuenta para efectos de liquidaciones de prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones, aportes a la seguridad social o a la parafiscalidad, de conformidad con lo previsto en el articulo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 15 de Ley 50 de 1.990.

PARAGRAFO SEGUNDO: El pago de horas extras se efectuará cuando **EL EMPLEADOR** autorice previamente a **EL TRABAJADOR** la ejecución de labores que excedan del limite de la jornada máxima legal establecida en las normas legales aplicables.

CUARTA, - FORMA DE PAGO. Las partes acuerdan que el valor del salario pactado en la cláusula anterior será cancelado a **EL TRABAJADOR** por quincenas vencidas.

QUINTA. - OBLIGACIONES ESPECIALES DEL EMPLEADOR- Además de las obligaciones legales y reglamentarias, **EL EMPLEADOR** se obliga a:
1) Cubrir oportunamente el monto de los salarios en la forma estipulada;
2) Suministrar a **EL TRABAJADOR** todos los implementos necesarios para las prestaciones de sus servicios en forma eficaz,
3) Prestar toda la colaboración pertinente para optimizar las labores encomendadas a **EL TRABAJADOR**;
4) Guardar absoluto respeto a la dignidad de **EL TRABAJADOR**;
5) No deducir, retener o compensar suma alguna del monto del salario y prestaciones en dinero que correspondan a **EL TRABAJADOR** sin autorización previa escrita de este para cada caso o sin mandamiento judicial, con excepción de los casos autorizados por la ley.
6) Generar programación de manera independiente y en días y horarios diferentes para cualquier nivel a impartir.

SEXTA. – OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR. – Además de las obligaciones legales y reglamentarias, **EL TRABAJADOR** se compromete a cumplir las siguientes obligaciones:

1) Realizar la labor contratada cumpliendo estrictamente los niveles de calidad, puntualidad, diligencia, cuidado y pericia que le señale el empleador o los que su oficio le imponga;
2) Obrar con plena observancia de principios éticos que exige su labor;
3) Seguir las directrices determinadas por **EL EMPLEADOR**;
4) Colocar al servicio de **EL EMPLEADOR**, toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de sus funciones y en las labores anexas, conexas y complementarias, observando los preceptos del Reglamento interno de trabajo y acatando y cumpliendo las ordenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR**, y sus representantes;
5) No presentarse al trabajo en estado de embriaguez, alicoramiento o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes;
6) No faltar al trabajo sin justa causa de impedimento o permiso de **EL EMPLEADOR**;
7) No disminuir intencionalmente el ritmo de ejecución de trabajo, ni suspender labores, ni promover suspensiones intempestivas del trabajo o incitar a su declaración o mantenimiento, sea que participe o no en ellas; Cumplir con los controles establecidos para la entrada y salida del personal y objetos en forma estricta, según las políticas fijadas por **EL EMPLEADOR** y sus representantes;
8) Observar las normas y prescripciones sobre seguridad y salud en el trabajo que deban observar los trabajadores, de acuerdo con el trabajo que desempeñen;
9) No descuidar ni abandonar el lugar de trabajo, para realizar actividades diferentes a las derivadas del cumplimiento del objeto previsto en el presente contrato;
10) Procurar el cuidado integral de su salud.
11) Suministrar información Clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
12) Cumplir las normas, reglamentos e instrucciones del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo de la empresa.
13) Informar oportunamente al empleador o contratante acerca de los peligros y riesgos latentes en su sitio de trabajo.
14) Participar en las actividades de capacitación en seguridad y salud en el trabajo definido en el plan de capacitación del SG-SST.
15) Participar y contribuir al cumplimiento de los objetivos del Sistema de Gestión de la Seguridad y Salud en el Trabajo SG-SST.
16) Cumplir con las indicaciones contenidas en el manual de funciones elaborado por **EL EMPLEADOR**.
17) Otras actividades propias del cargo y relacionadas para el cumplimento acordadas con el supervisor.

SEPTIMA. TERMINACION. El presente contrato se termina con justa causa y sin indemnización de perjuicios para ninguna de las partes: a) Por las causas establecidas en la legislación laboral vigente, b) por la culminación total de la labor contratada en el presente contrato, c) por la imposición jurídica, material o económica de ejecutar total o parcial de manera definitiva o temporal, la labor pactada en el presente contrato, d) por la violación de una de las obligaciones contempladas en este contrato o en el Reglamento interno de Trabajo.

PARAGRAFO PRIMERO. – De manera específica, las partes acuerdan que **EL EMPLEADOR** podrá terminar unilateralmente el presente contrato con justa causa y sin indemnización de perjuicios, cuando **EL TRABAJADOR** incurra en alguna de las conductas previstas en la Ley como justa causa o cuando se presente alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación, aun por la primera vez, por considerarse como falta grave:

a) Cuando **EL TRABAJADOR**, no cumpla adecuadamente con las obligaciones establecidas en la cláusula sexta de este contrato,

b) Cuando **EL EMPLEADOR** a su juicio estime que **EL TRABAJADOR** no posee o no aplica los conocimientos suficientes para la programación, ejecución y/o labores asignadas;

c) La no asistencia puntual al trabajo por parte de **EL TRABAJADOR**, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR** por dos veces dentro de un mismo mes calendario.

D) Las repetidas desavenencias de **EL TRABAJADOR** con sus compañeros,

e) El hecho que **EL TRABAJADOR** se presente en estado de alicoramiento a sus labores, aun por la primera vez.

f) El hecho que **EL TRABAJADOR** abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores.

g) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR**, salvo fuerza mayor o caso fortuito.

h) El manejo con deficiente calidad u oportunidad por parte **EL TRABAJADOR**, de los instrumentos de trabajo puestos a su disposición:

i) El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR**, de las normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial del EMPLEADOR;

j) La violación por parte de **EL TRABAJADOR**, infracción o incumplimiento del contrato, reglamento y/o manual de convivencia de **EL EMPLEADOR;**

k) NO ingerir dentro de las instalaciones de **EL EMPLEADOR**, bebidas alcohólicas o embriagantes o sustancias narcóticas o toxicas de cualquier clase, o elementos solidos o líquidos de directa o indirectamente produzcan o induzcan estados que de cualesquiera manera constituyan alteración del ánimo o la conciencia, presentarse a las referidas instalaciones bajo los efectos de las mismas, así como recomendar, patrocinar o promover, por si o por interpuesta persona, entre sus compañeros de trabajo o demás personal del establecimiento, tales conductas.

OCTAVA: JORNADA DE TRABAJO: El horario de trabajo será de lunes a viernes de 6:00 am a 4:00 pm y sábados de 6:00 am a 11:00 am. De conformidad a las necesidades del servicio y acuerdo convenido en el presente contrato.

PARAGRAFO PRIMERO: En cualquier caso, por acuerdo expreso o tácito de las partes podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T. modificado por el artículo 23 de la ley # 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las sesiones de la jornada no se computan dentro de la misma según el artículo 167 del mismo código.

PARAGRAFO SEGUNDO: EL EMPLEADOR, por razones de índole administrativa o de funcionamiento, podrá disminuir las horas de trabajo y, proporcionalmente, el sueldo

devengado, pero ello no implica su renuncia a exigir el cumplimiento de la jornada máxima laboral cuando en su criterio ello sea necesario.

PARAGRAFO TERCERO: En caso que **EL TRABAJOR** requiera ausentarse de su lugar de trabajo deberá avisar por lo menos con 24 horas de anticipación a **EL EMPLEADOR**. Se exceptúan de esta disposición, las ausencias del trabajador originadas en grave calamidad domestica debidamente comprobada.

NOVENA: SEGURIDAD SOCIAL: De manera expresa, **EL TRABAJADOR** autoriza los descuentos de las sumas que legalmente le corresponden como cotización para las entidades de seguridad social.

DECIMA. EVALUACION DE DESEMPEÑO, EL EMPLEADOR acuerda la presentación de un mínimo un informe de desempeño por parte del **TRABAJADOR** en el cual se establezcan parámetros asociados al cumplimiento de sus labores relacionadas a la norma vigente y que genere acciones de mejora como compromiso del **TRABAJADOR** si a esto hubiese lugar, y en consecuencia a aplicar las sanciones acá establecidas.

DECIMA PRIMERA - SUPERVISIÓN: La supervisión de la ejecución y cumplimiento de las obligaciones contraídas por el **TRABAJADOR** a favor de la empresa, estará a cargo de **COORDINADOR DE SPCC – DIRECCION OPERATIVA** o quien haga sus veces.

DÉCIMA SEGUNDA - CONFIDENCIALIDAD Y MANEJO DE LA INFORMACIÓN: EL TRABAJADOR se compromete a mantener la confidencialidad de toda aquella información reservada y legalmente protegida, a la que tenga acceso por ocasión de la celebración y ejecución del contrato. En consecuencia, indemnizará todos los perjuicios que sean causados por la divulgación, uso indebido o no autorizado, aprovechamiento a favor propio o de terceros de la citada información, salvo que se trate de los siguientes eventos: a) Que exista previa autorización por escrito del Representante Legal de la empresa **CUMBRE COLOMBIA SAS** o las personas responsables de la información. b) Que la revelación y/o divulgación de la información se haga en desarrollo de orden de autoridad competente en ejercicio de sus funciones legales. c) Que la revelación, divulgación y/o empleo de la información se haga en desarrollo y cumplimiento del contrato.

PARÁGRAFO PRIMERO: *Toda información que llegue a estar en posesión o en conocimiento del* ***TRABAJADOR*** *será considerada de carácter estrictamente confidencial y es de propiedad de* ***CUMBRE COLOMBIA SAS.*** *Ningún dato personal o cualquier tipo de información obtenida o generada en el marco del contrato podrá ser comunicada a terceros sin la autorización previa y por escrito por parte del* ***EMPLEADOR.***

El ***TRABAJADOR*** *debe acatar y cumplir las políticas y lineamientos de Seguridad de la Información definidas por* **EL EMPLEADOR**, en el caso que recopile, reciba, utilice, transfiera

o almacene cualquier tipo de información generada u obtenida en el ejercicio de las obligaciones derivadas del presente Contrato. Las obligaciones prescritas relacionadas con la confidencialidad de la Información seguirán vigentes tras el vencimiento o la rescisión del presente Contrato.

DÉCIMA TERCERA - PROPIEDAD DE LOS RESULTADOS: La propiedad de los resultados, Informes y documentos que surjan del desarrollo del contrato es exclusiva de **CUMBRE COLOMBIA SAS**, quien podrá utilizarlos indefinidamente, difundirlos y divulgarlos cuando lo estime necesario, sin contraprestación alguna a favor del **TRABAJADOR**. No obstante, las obras proseguibles por derecho de autor, los objetos, procedimientos o diseños técnicos que sean creados por las partes en cumplimiento del objeto del contrato, tendrán el reconocimiento de los derechos morales a favor del autor-creador de acuerdo con las disposiciones legales.

DÈCIMA CUARTA - DERECHOS DE AUTOR: EL EMPLEADOR para efectos de establecer los derechos patrimoniales de autor, dará aplicación a lo establecido en el artículo 183 de la Ley 23 de 1982, modificado por el Artículo 30 de la Ley 1450 de 2011 y en la Decisión Andina 351 de 1993, en el sentido de que el **TRABAJADOR** es el titular originario de los derechos morales en desarrollo y ejecución del contrato, los cuales le serán plenamente reconocidos. En relación con los derechos patrimoniales sobre los productos del contrato pertenecerán a **CUMBRE COLOMBIA SAS.**

PARÁGRAFO: La difusión de los resultados, informes y documentos que surjan del desarrollo del contrato, en todo caso deberá ser autorizada por **CUMBRE COLOMBIA SAS**

DECIMA QUINTA las partes manifiestan que reconocen la validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato de trabajo que es el único vigente entre ellas reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito anterior.

Para constancia se firma el presente contrato en Bogotá, el día 02 de enero de 2.024, en dos ejemplares de idéntico tenor.

EMPLEADOR

Rosalba Garcia R

ROSALBA GARCIA RUBIANO
C.C No. 23.779.061 de Moniquirá

TRABAJADOR

JUAN DAVID OCAMPO ACEVEDO
C.C Nº. 1.001.217.379 de Bogotá

CUMBRE COLOMBIA AUTORIZADO Dirección Operativa

02 ENE 2024

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:10:26 horas del 27/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1001217379,** Apellidos y Nombres **OCAMPO ACEVEDO JUAN DAVID**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CUMBRE COLOMBIA**, con NIT **901139753-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

Consulta de Inhabilidades - Ley 1918 de 2018 | Ley 2375 de 2024

© 2025 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.016.085.879
SUAREZ SANCHEZ
APELLIDOS

ANDRES FELIPE
NOMBRES

ANDRES SUAREZ
FIRMA





FECHA DE NACIMIENTO 18-ABR-1996
BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.80 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO

20-MAY-2014 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

P-1500150-00595771-M-1016085879-20140703 0039118299A 1 42237504

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 07:53:25 horas del 05/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1016085879,** Apellidos y Nombres **SUAREZ SANCHEZ ANDRES FELIPE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA** , con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	15/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST.
Nombre de quien recibe la inducción:	Andres Suarez	Cédula:	1016.095.879
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	Mafer.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Aux.

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	/	Procedimientos en casos de emergencia	/
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	/	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	/
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	/	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	/
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	/	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	/
Acto Inseguro y Condición insegura	/	Elementos de protección personal EPP para el cargo	/
Procedimientos administrativos	/	Uso y mantenimiento de los EPP	/
Señalización y demarcación de áreas	/	Procedimientos ambientales	/
Normatividad específica del SST	/		
Responsabilidades frente al SG-SST	/		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Andres Suarez	NOMBRE: Andres Suarez CARGO: Aux
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO Andrea Suarez	CARGO Aforador
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	NOMBRE DEL CONTRATISTA

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente laboral.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	• Señalizacion obligatoria. • Señalizacion de emergencia • Señalizacion prohibit
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y Cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo. Locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	cableado electrico expuesto en el. area de trabajo superficies desordenadas que pueden producir caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
Andrea Suarez	Hadia. Sanabria	15/ 01/ 2026
NOTA 5,0	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ___ NO X
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5,0

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Andrel · Felipe · Suarez.

IDENTIFICADO CON C.C : 10160 ejes 4

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Soldador

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

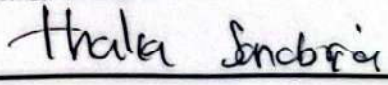
Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLITICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 15/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA 	FIRMA RESPONSABLE SST 

Scanned with CamScanner

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	SUAREZ SANCHEZ ANDRES FELIPE
IDENTIFICACIÓN:	CC 1016085879
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:	15/02/2025
CARGO:	MAESTRO
CLASE:	5
TASA:	6,96
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR:	5411101
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR:	Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabr (Decreto 768 de 2022)

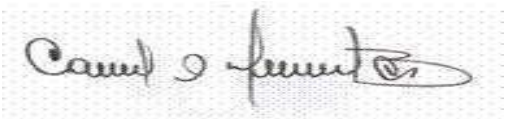
DATOS COTIZANTE

RAZÓN SOCIAL:	MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS
CC /NIT:	NI 900898254
CONTRATO:	1120113
SEDE:	CAMPO
CENTRO DE TRABAJO:	CAMPO
INICIO VIGENCIA CONTRATO:	01/12/2017
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL DE LA EMPRESA:	5411101
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabr (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 24 días del mes de diciembre del año 2025.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 24/12/2025 8:54:36. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

ADRES

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	1016085879
NOMBRES	ANDRES FELIPE
APELLIDOS	SUAREZ SANCHEZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD SANITAS S.A.S.	CONTRIBUTIVO	01/05/2018	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/12/2026 08:27:15	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

establece el término de la afiliación a la entidad de acuerdo con la fecha de la novedad que haya presentado la EPS o EOC. A su vez se aclara que la fecha de 31/12/2999 determina que el afiliado se encuentra vinculado con la entidad que genera la consulta.

La responsabilidad por la calidad de los datos y la información reportada a la Base de Datos Única de Afiliados - BDUA, junto con el reporte oportuno de las novedades para actualizar la base de datos, corresponde directamente a su fuente de información; en este caso de las EPS, EOC y EPS-S.

Esta información se debe utilizar por parte de las EPS y los prestadores de servicios de salud, como complemento al marco legal y técnico definido y nunca como motivo para denegar la prestación de los servicios de salud a los usuarios.

Si necesita retirarse, trasladarse, modificar sus datos o su estado de afiliación en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, se aclara que estas actualizaciones dependen netamente de las EPS y no de la ADRES, por lo cual la solicitud de actualización debe ser escalada a la EPS donde se presenta la afiliación.

IMPRIMIR CERRAR VENTANA

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **SUAREZ SANCHEZ ANDRES FELIPE** identificado(a) con **CC** número **1.016.085.879** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el 02 de diciembre de 2014 y sus recursos se encuentran en el **FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO**

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 09 de marzo de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1016085879
Nombre	: *SUAREZ SANCHEZ ANDRES FELIPE*
Empresa/Contratante	: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900898254
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/02/15
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/02/15
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código GRNnDwqVH

Vigilado Supersubsidio

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-02-15 06:46
No. Ingreso:	511720	**Fecha y hora de salida:**	2025-02-15 07:55
Nombre:	ANDRES FELIPE SUAREZ SANCHEZ	**Empresa Convenio:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Cargo:	SOLDADOR	**Empresa Contratante:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
CC:	1016085879	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Vertigo Examen Medico Alturas	Realizado
Visiometria	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Realizado

Laboratorios	**Resultado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

RECOMENDACIONES MÉDICAS

Higiene postural y realización de pausas activas durante la jornada laboral, seguir lineamientos de bioseguridad y de uso de protección personal de la empresa.
Autocuidado con actividad física tres a cinco veces por semana y hábitos saludables que incluya dieta baja en azucares, grasas, harinas y procesados.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Osteomuscular - pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.
- General - adherir integralmente a las recomendaciones y lineamientos específicos emitidos por el ministerio de salud.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Adoptar y mantener hábitos nutricionales saludables y de control de peso.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional Los Andes

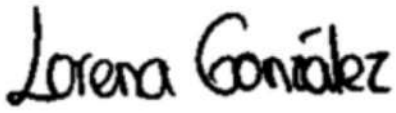
Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO



Profesional: JENNY LORENA GONZALEZ GUERRERO
Identificación: CC 1032461463
Reg. Médico: 1013670811
Licencia Ocupacional: Lic. 007459/2023



Paciente: ANDRES FELIPE SUAREZ SANCHEZ
CC: 1016085879

MAFFI	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, febrero 20 de 2025

Señor
ANDRES FELIPE SUAREZ SANCHEZ
Ciudad

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de ingreso realizado el día 15 de febrero de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se encuentran en el resultado del examen médico copia del cual se adjunta.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto anexo de tal forma que pueda iniciar o continuar el tratamiento médico que requiera y así poder garantizar sus adecuadas condiciones de salud.

Agradecemos, nos notifique de manera oportuna, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

EDWAR PEÑA

Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA DE ANDRÉS FELIPE SUAREZ _____

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento con las recomendaciones y/o restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.

AMACIA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Andres Suárez | CARGO Soldador | C.C. 1.016.085879

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Filtro 3M P100			
1	18	02	2025	1	1	1	1	1	1			1			1	1		1		1					
2	25	03	2025									2													
3	04	04	2025													1									
4	22	04	2025				1								1										
5	02	05	2025												1										
6	05	05	2025									1		1											
7	29	05	2025					1							1										
8	20	06	2025											1	1					1					
9	21	07	2025				1									1	1								
10	02	09	2025												1			1							
11	04	09	2025						1						1	1						1			
12	22	09	2025					1							1	1									
13	31	10	2025												1			1		1					
14	10	12	2025	1	1										1										
15	05	01	2026					1																	
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Resolución 4272 de 2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código C022.00797 del 05 de Julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

ANDRES FELIPE SUAREZ SANCHEZ

Con identificación **Nº. 1016085879**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272**
EN TRABAJO EN ALTURAS
Con una intensidad horaria de **8** horas realizadas en Bogotá
Desde **7 de abril de 2025** hasta el día **7 de abril de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **ADRIAN MAFIOLI Y CIA S.A.S.**

NIT **900188894-1**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **ARL COLMENA**

Representante Legal **MAFIOLI PRETO ADRIAN EDUARDO**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **7 de abril de 2025**

JUAN CARLOS GUACANEME G.
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15

GINNA FERNANDA MARTINEZ MORALES
Entrenador(a) Trabajo Seguro en ALTURAS
N° de Licencia *36 -0937 DE 2018*



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 92.447.184
ESCUDERO FLOREZ
APELLIDOS
LUIS ENRIQUE
NOMBRES

Luis Escudero
FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 20-ENE-1973
SAN ONOFRE
(SUCRE)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.65 O+ M
ESTATURA G.S. RH SEXO
30-ENE-1995 SAN ONOFRE
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES
INDICE DERECHO

FUERZAS INTEGRALES Y SOLUCIONES S.A.S

NIT: 901.568.521-2

Número de aprobación Min trabajo 08SE2022220100000036914 de 09 Agosto de 2022
Licencia de Seguridad y Salud en el Trabajo Nro. 888 del 20 de Abril de 2022
En cumplimiento al Art. 59 de la Resolución 4272 de 2021

Certificación de Capacitación y Entrenamiento para Trabajo Seguro en Alturas

Certificado por Bureau Veritas en la NTC 6072 de 2014 con código C022.00797 del 05 de Julio de 2022, Acreditado ONAC 09-CPR-008

CERTIFICA QUE:

LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLOREZ

Con identificación Nº. **92447184**

ASISTIÓ Y APROBÓ LA FORMACIÓN DE **TRABAJADOR AUTORIZADO** EN TRABAJO EN ALTURAS

Con una intensidad horaria de **32 horas** realizadas en Bogotá
Desde **30 de enero de 2025** hasta el día **2 de febrero de 2025**

Empresa que remite al trabajador: **MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS**

NIT **900898254-2**

Aseguradora de Riesgos Laborales del Trabajador **COLMENA**

Representante Legal **MAFIOLI PEREIRA DIEGO ARMANDO**

Sector Económico**: CONSTRUCCION**

Se expide en la ciudad de Bogotá D.C. el día **2 de febrero de 2025**

JUAN CARLOS GUACANEME G.
Representante legal
CALLE 13 N° 67-15|

OSWALDO OSPINA PRADA
Entrenador(a) Trabajo Seguro en ALTURAS
N° **de Licencia** ***4540 de 2023***

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite certificar que la empresa mencionada a continuación se encuentra afiliada a esta administradora, con los siguientes trabajadores activos:

RAZON SOCIAL: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS

CC /NIT: NI 900898254

CONTRATO: 1120113

CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA: 5411101

DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA: Construcción de edificios residenciales, incluye la construcción de todo tipo de edificios residenciales, casas y edificios, montaje de cubiertas metálicas, puertas, ventanas, construcciones prefabr (Decreto 768 de 2022)

INICIO VIGENCIA CONTRATO: 11/07/2018

ESTADO ACTUAL CONTRATO: Vigente

Sede			CAMPO						
Centro de Trabajo			CAMPO						
Tipo	Identificación	Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombres	Ini Vigencia Trab	Cargo	Clase	Tasa	Salario
CC	92447184	ESCUDERO	FLOREZ	LUIS ENRRIQUE	27/02/2025	todero	5	6,96	$1.800.000
CC	1100399317	JARABA	DIAZ	JHONATAN DE JESUS	10/08/2025	CONDUCTOR	5	6,96	$1.700.000
CC	1072746180	NESTOR	HERNAN	GARZON DIAZ	17/06/2025	Todero	5	6,96	$1.800.000
CC	1071304073	ORTIZ	TACHA	JOSE ARNULFO	17/07/2025	CONDUCTOR SOLDADOR	5	6,96	$2.600.000
CC	7819556	PULIDO	OSUNA	WALTER	22/09/2025	PINTOR	5	6,96	$2.600.000
CC	80058495	ROBAYO	ROMERO	URIEL GIOVANNI	25/02/2025	urirobayogmailcom	5	6,96	$3.100.000

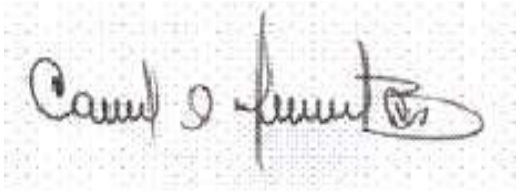
El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/03/2026 11:57:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 401-0447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 09/03/2026 11:57:02. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

ADMINISTRADORA DE LOS RECURSOS DEL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD - ADRES

Información de afiliación en la Base de Datos Única de Afiliados – BDUA en el Sistema General de Seguridad Social en Salud

Resultados de la consulta

Información Básica del Afiliado :

COLUMNAS	DATOS
TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CC
NÚMERO DE IDENTIFICACION	92447184
NOMBRES	LUIS ENRIQUE
APELLIDOS	ESCUDERO FLOREZ
FECHA DE NACIMIENTO	**/**/**
DEPARTAMENTO	BOGOTA D.C.
MUNICIPIO	BOGOTA D.C.

Datos de afiliación :

ESTADO	ENTIDAD	REGIMEN	FECHA DE AFILIACIÓN EFECTIVA	FECHA DE FINALIZACIÓN DE AFILIACIÓN	TIPO DE AFILIADO
ACTIVO	CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR	CONTRIBUTIVO	24/01/2000	31/12/2999	COTIZANTE

Fecha de Impresión:	03/09/2026 11:59:52	**Estación de origen:**	192.168.70.220

La información registrada en esta página es reflejo de lo reportado por las entidades del Régimen Subsidiado y el Régimen Contributivo, en cumplimiento de la Resolución 1133 de 2021 del Ministerio de Salud y Protección Social y las Resoluciones 2153 de 2021 y 762 de 2023 de la ADRES, normativa por la cual se adopta el anexo técnico, los lineamientos y especificaciones técnicas y operativas para el reporte y actualización de las bases de datos de afiliación que opera la Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud - ADRES".

Respecto a las fechas de afiliación contenidas en esta consulta, se aclara que la **Fecha de Afiliación Efectiva** hace referencia a la fecha en la cual inicia la afiliación para el usuario, la cual fue reportada por la EPS o EOC, sin importar que haya estado en el Régimen Contributivo o en el Régimen Subsidiado en dicha entidad. Ahora bien, la **Fecha de Finalización de Afiliación**,

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLOREZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **92447184,** se encuentra afiliado/a desde **20/01/2000** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 09 de marzo de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 92447184
Nombre	: *LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLOREZ*
Empresa/Contratante	: MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 900898254
Fecha de Afiliación a CCF	: 2025/02/01
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/03/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a MAFFI CONSTRUCTORA INMOBILIARIA SAS y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código GRNnDwqVH

Vigilado Supersubsidio

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

INFORMACIÓN GENERAL

Ciudad:	BOGOTA	**Fecha y hora de ingreso:**	2025-01-30 07:03
No. Ingreso:	502727	**Fecha y hora de salida:**	2025-01-30 08:50
Nombre:	LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLOREZ	**Empresa Convenio:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
Cargo:	TODERO	**Empresa Contratante:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas
CC:	92447184	**Tipo de Examen:**	Pre Ingreso
Sede:	Sede 103	**Empresa en misión:**	Maffi Constructora Inmobiliaria Sas



El presente CONCEPTO DE APTITUD LABORAL se definió a partir de la evaluación médica ocupacional y/o los siguientes exámenes practicados:

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Paraclínicos	**Resultado**
Audiometría De Tonos Puros Aéreos Y Óseos Con Enmascaramiento [audiometría Tonal]	Realizado
Consulta De Primera Vez Por Especialista En Medicina Del Trabajo - Pre Ingreso	Realizado
Vertigo Examen Medico Alturas	Realizado
Visiometria	Realizado
Examen Osteomuscular Por Fisioterapia	Realizado

Laboratorios	**Resultado**
Hemograma Iii (Hemoglobina Hematocrito Recuento De Eritrocitos Índices Eritrocitarios Leucograma Recuento De Plaquetas Índices Plaquetarios Y Morfología Electrónica) Automatizado	Realizado
Glucosa En Suero U Otro Fluido Diferente A Orina	Realizado
Perfil Lipidico	Realizado

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

Apto para desempeñar el cargo

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA CON ENFASIS ESPECÍFICO EN

Osteomuscular: Realizado

EVALUACIÓN MÉDICA OCUPACIONAL REALIZADA A UNA ACTIVIDAD DE RIESGO ESPECÍFICO

Alturas: Cumple para trabajo en alturas

CONCLUSIÓN OCUPACIONAL

De acuerdo al examen médico realizado a la fecha:

.

RECOMENDACIONES MÉDICAS

SE RECOMIENDA REALIZAR PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL, HABITOS DE VIDA SALUDABLE, ADECUADA HIGIENE POSTURAL, DEBE HACER USO DE SU CORRECCIÓN ÓPTICA DE FORMA PERMANENTE, CONTROL PERIODICO CON OPTOMETRIA. SE SUGIERE VALORACION EN SU EPS PARA CONTROL METABOLICO. USO DE EPPS.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES

- Alturas - Capacitación y certificación en alturas.
- Auditiva - Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.
- Visual - educación en higiene visual, uso de protección visual según la exposición, adecuada iluminación en el puesto de trabajo y pausa activa visual.
- Control periódico ocupacional.
- Uso de elementos de protección personal de acuerdo al cargo.

RECOMENDACIONES DE HABITOS SALUDABLES

- Actividad física regular de 150 minutos semanales, repartidos en 3 sesiones a la semana.
- Uso de EPP según exposición a factores de riesgo específicos.
- Continuar en control y/o tratamiento por médico especialista en su EPS.

RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ESPECÍFICAS

NINGUNA

OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS EMPRESA

INCLUIR EN PROGRAMAS DE VIGILANCIA DE ACUERDO A LOS RIESGOS LABORALES PRIORITARIOS PARA EL CARGO DEFINIDOS EN LA MATRIZ DE RIESGOS DE LA EMPRESA.

RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS AL TRABAJADOR

- Continuar o adoptar hábitos y estilos de vida saludable.

Salud Ocupacional Los Andes

Certificado Médico Ocupacional

Código Prestador: 110010653704
NIT: 830029102
Dirección: CARRERA 15 N. 103-37 Piso 2
Telefono: 4320260
Correo Electrónico: conceptos@soandes.co

SOA-FDS0-1 Rev 7 Enero 2017

EL MÉDICO EVALUADOR CERTIFICA QUE COMUNICÓ AL ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR INSCRITO LAS RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES ANOTADAS EN EL PRESENTE DOCUMENTO Y VERIFICÓ QUE EL MISMO ENTIENDE Y ACEPTA LAS MISMAS

CERTIFICO QUE EN MI CALIDAD DE ASPIRANTE Y/O TRABAJADOR HE RECIBIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI CONDICIÓN ACTUAL DE SALUD BASADO EN LA EVALUACIÓN MEDICA OCUPACIONAL QUE ME FUE PRACTICADA A LA FECHA, ASÍ MISMO DECLARO QUE LA INFORMACIÓN QUE HE SUMINISTRADO AL MEDICO EVALUADOR ES VERIDICA Y PUEDE SER CONFIRMADA. ENTIENDO Y ACEPTO EL PRESENTE CONCEPTO

Dra. Lady Charry
MÉDICA ESPECIALISTA EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO
RM 1075262945 LICENCIA 9800

Profesional:	LADY GIOMARA CHARRY DIAZ
Identificación:	CC 1075262945
Reg. Médico:	1075262945
Licencia Ocupacional:	Lic. 9800 / 2023

Paciente:	LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLOREZ
CC:	92447184

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:28:47 horas del 10/03/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **92447184,** Apellidos y Nombres **ESCUDERO FLOREZ LUIS ENRIQUE**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSORCIO NUEVA ESPERANZA**, con NIT **902002156-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

AM&CIA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Luis Escudero | CARGO Todero | C.C. 92.447.184

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable				
1	17	03	2025	X	X		1	1				1						1		1					Luis Escu
2	29	04	2025											1	1										Luis Escu
3	05	05	2025					1				1									1				Luis Escu
4	16	05	2025				1	1							1			1							Luis Escu
5	09	06	2025				1					1			1					1					Luis Escu
6	24	06	2025	X				1						1											Luis Escu
7	11	08	2025		X		1					1													Luis Escu
8	25	08	2025											1											Luis Escu
9	12	11	2025				1	1									1	1		1					Luis Escu
10	12	11	2025		X			1		1				1	1										Luis Escu
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	09/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST.
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis Ecuador	Cédula:	92.447.184
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	Maffi.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Oficial

Por favor marque con X. las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Luis Ecuador	NOMBRE: Luis ecuador CARGO: oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis Enrique Escudero

IDENTIFICADO CON C.C : Escuc Oficial 9744184

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficial

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [ ] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 9/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Luis E. Escudero	T Martin S.
FIRMA	**FIRMA RESPONSABLE SST**
Enrique	Natalia Sanabria.

Scanned with CamScanner

MAFFI	RECOMENDACIONES MÉDICO LABORALES	SGI-F-051
		V-2

Bogotá, enero 30 de 2025.

Señor
LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLORES
Ciudad

El objetivo principal del Sistema de Seguridad y Salud en el Trabajo es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para sus colaboradores, por lo tanto, nos permitimos recordarle que dentro de sus responsabilidades contempladas en el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 se encuentran: procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.

Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico de ingreso realizado el día 6 de febrero de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se encuentran en el resultado del examen médico copia del cual se adjunta.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto anexo de tal forma que pueda iniciar o continuar el tratamiento médico que requiera y así poder garantizar sus adecuadas condiciones de salud.

Agradecemos, nos notifique de manera oportuna, los respectivos seguimientos y la actualización de su condición de salud.

Recuerde que la empresa desde Seguridad y Salud en el Trabajo realizará un seguimiento periódico para confirmar el cumplimiento de estas recomendaciones.

Su salud es importante para nosotros, por eso agradecemos su compromiso y colaboración.

Atentamente,

EDWAR PEÑA

Seguridad y Salud en el Trabajo

FIRMA **LUIS ENRIQUE ESCUDERO FLORES**_____

Recibí, acepto y me comprometo a dar cumplimiento a las recomendaciones y/o restricciones contempladas en mi concepto médico laboral.


REPÚBLICA DE COLOMBIA
PERMISO POR PROTECCIÓN TEMPORAL
MIGRACIÓN
NO. 4567875
COL
VILCHEZ PALENCIA
APELLIDOS
YOENDRY
NOMBRES
VEN
NACIONALIDAD
M
SEXO
755959313081977
DNI Nro.
13-08-1977
FECHA DE NACIMIENTO
18-05-2021 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN
30-05-2031
FECHA DE VENCIMIENTO
VISIBLES
FIRMA


E1855137
INDICE DERECHO
El titular de este documento debe notificar a Migración Colombia
cualquier cambio en la condición o información migratoria.
MIGRACIÓN
MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES
www.migracioncolombia.gov.co
Juan Francisco Espinosa Palacios
Director General de Migración Colombia
IPCOL4567875<<4<<<<<<<<<<<<<<<
7708132M3105308VENE1855137<<<8
VILCHEZ<PALENCIA<<YOENDRY<<<<<

DINPROING	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-SST-F-003
		Versión: 1
	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	PAGINA: 1 DE 1

Realizado por: Angie Cortés Romero	Revisado por: Juan Diego Acosta	Aprobado por: Raul Riaño Cepeda

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

TRABAJADOR YO ENDRY VILCHEZ | CÉDULA 4567875 | CARGO AYUDANTE

FECHA	NOMBRE DEL EPP	CANTIDAD	TIPO DE ENTREGA		FIRMA RECIBIDO
			PRIMERA VEZ	REPOSICIÓN	
10 ENERO 2026	CASCO AMARILLO	1	X		
10 ENERO 2026	PROTECTOR RESPIRATORIO	1	X		
10 ENERO 2026	GAFAS DE SEGURIDAD	1	X		
10 ENERO 2026	GUANTES POLIURETANO	1	X		
10 ENERO 2026	OVEROL (CAMISA, PANTALÓN)	1	X		
10 ENERO 2026	CALZADO SEGURIDAD	1	X		

Observaciones :

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	ANGIE CORTÉS ROMERO	CEDULA No.	1.030.642.124
CARGO	PROFESIONAL SST	FIRMA	Angie Cortés Romero

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Mediante el uso adecuado de los equipos y elementos de protección personal (EPP), incluyendo la ropa de trabajo, doy cumplimiento a mis deberes como trabajador, conforme a la siguiente normatividad: Código Sustantivo del Trabajo, artículos 56 y 58 numeral 7; Ley 9 de 1979, artículo 88; y Decreto 1295 de 1994, artículo 22.
Reconozco que soy responsable del uso adecuado, cuidado y preservación de los EPP suministrados. El incumplimiento de esta obligación me expone a faltas disciplinarias o penales, frente a las cuales la empresa DINPROING LTDA podrá determinar y aplicar las acciones correctivas correspondientes.
El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6. Así mismo, autorizo la verificación y el seguimiento del uso adecuado y cuidado de los EPP. En caso de demostrarse que el deterioro o la pérdida de

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

RECIBE EL ELEMENTO LEE EL COMPROMISO Y LO ACEPTA

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Yoendry Ortiz Vilchez

IDENTIFICADO CON C.C : 4.567.975

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Ayudante

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres dias calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ✓ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ✓ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ✓ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ✓ Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 12/1/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Yoendry O. Vilchez	Thalia S.
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
	Thalia Sorabora.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Yoendry O. Vilchez	CARGO	Ayudante
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	J. SUCES	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente laboral.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	· Señalitacion obligatoria. · Señalizacion de emergencia - Señalizacion prohibit
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y Cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo. Locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	Cableado electrico expuesto en el. area de trabajo
Escriba un ejemplo de condición insegura	Superficies desordenadas que pueden producir caidas al mismo nivel. el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Thalia Sanabria	12/1/26
NOTA: 5 // APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ___ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5 //

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	12/1/26		
Nombre del responsable:	Thalia Echeverry	Cargo:	Insp. SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Yoendry O. Vilchez	Cédula:	4.567.875
DEPENDENCIA/PROYECTO	Soures. - CNE	CONTRATISTA:	CNE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Ayudante

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA	NOMBRE: Yoendry O. Vilchez CARGO: Ayudante
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Echeverry NOMBRE: Thalia E	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	VILCHEZ PALENCIA YOENDRY ONILO
IDENTIFICACIÓN:	PT 4567875
INICIO VIGENCIA:	07/08/2025
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	ayudante
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
CC /NIT:	NI 822005946
CONTRATO:	1202999
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	PRINCIPAL
INICIO VIGENCIA:	01/10/2024
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 07 días del mes de enero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 07/01/2026 14:26:21. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Bogotá, Enero / 9 de 2026

Señor (a): YOENDRY ONILO VILCHEZ PALENCIA
PT. 4567875
CR 74SIR 87 B 70
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 24 de 2020, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

YOENDRY VILCHEZ PALENCIA, identificado(a) con permiso de proteccion temporal **4567875**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 9 de Octubre del 2024.

Cordialmente,



Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 21 de Enero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: PT
No. de Identificación	: 4567875
Nombre	: YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
Empresa/Contratante	: DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS DE INGENIERIA
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 822005946
Fecha de Afiliación a CCF	: 2026/01/08
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2025/08/07
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a DINPROING LTDA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código B36TojsEH

Vigilado Supersubsidio

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
Fecha de nacimiento:13/08/1977
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
Empresa usuaria:
Cargo:AYUDANTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

PT:4567875
Edad:48 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 08:21:51
Fecha salida:2026-01-07 / 11:36:05
Actividad Económica:
EPS:SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS CONTROL CON MEDICO GENERAL EN EPS POR RESULTADO DE LABORATORIO
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	DIETA Y EJERCICIO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Johenys Mercado M.
Johenys Katherine Mercado M.
Médico Especialista en SST
Lic. SST 11750 2024
RM. 1065650567 / 2016

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
CC: 1065650567
RM: 1065650567
LIC-SST: 11750
Firma y sello del médico

YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
PT: 4567875
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
Fecha de nacimiento:13/08/1977
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
Empresa usuaria:
Cargo:AYUDANTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

PT:4567875
Edad:48 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 08:21:51
Fecha salida:2026-01-07 / 11:36:05
Actividad Económica:
EPS:SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS CONTROL CON MEDICO GENERAL EN EPS POR RESULTADO DE LABORATORIO
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

Johenys Mercado M.
Johenys Katherine Mercado M.
Médico Especialista en SST
Lic. SST 11750 2024
RM. 1065650567 / 2016

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
CC: 1065650567
RM: 1065650567
LIC-SST: 11750
Firma y sello del médico

YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
PT: 4567875
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE:CENDIATRA SUR 1 **DIRECCIÓN:**Autopista Sur # 32B-42 Sur, Villa Mayor **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:2039694 **EMAIL:**citas.sur@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-07

Nombres y apellidos:YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
Fecha de nacimiento:13/08/1977
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
Empresa usuaria:
Cargo:AYUDANTE
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR

PT:4567875
Edad:48 **Sexo:**MASCULINO
Fecha ingreso:2026-01-07 / 08:45:00
Fecha salida:2026-01-07 / 11:35:26
Actividad Económica:
EPS:SALUD TOTAL S.A. E.P.S.



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

RESTRICCIONES:
TIPO RESTRICCIÓN:

RECOMENDACIONES:
CONTINUAR CONTROL CON MEDICOS TRATANTES EN EPS
CONTROL OPTOMETRICO ANUAL
DIETA Y EJERCICIO
CONTROL CON MEDICO GENERAL EN EPS POR RESULTADO DE LABORATORIO

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

Johenys Mercado M.
Johenys Katherine Mercado M.
Médico Especialista en SST
Lic. SST 11750 2024
RM. 1065650567 / 2016

JOHENYS KATHERINE MERCADO MARULANDA
CC: 1065650567
RM: 1065650567
LIC-SST: 11750
Firma y sello del médico

YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
PT: 4567875
Firma del paciente

Bogotá, D.C., enero 10 de 2026

Señor(a)

YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
AYUDANTE

ASUNTO: COMPROMISO SEGÚN CONCEPTO MÉDICO RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICO LABORALES.

Respetado(a) señor(a):

Por medio de la presente, nos permitimos informarle que la empresa, ha recibido las recomendaciones generadas por la **IPS CENDIATRA** como consecuencia del **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO** que se le practicó, según lo estipulado por la RESOLUCIÓN 1843 del 29 de abril de 2025, en lo relacionado con las evaluaciones médicas ocupacionales.

De acuerdo con el Certificado Médico Ocupacional de Pre ingreso realizado el **07/01/2026**, su resultado de aptitud para seguir desempeñando su labor es **APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.**

En efecto, con el fin de contribuir a su adaptación y/o reubicación en su labor, la Empresa **DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA** acata las recomendaciones emitidas por medicina laboral, las cuales deben ser tenidas en cuenta por usted a partir de la fecha en el desarrollo de sus funciones como **AYUDANTE.**

RECOMENDACIONES

- ✓ Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por:
- ✓ Control con EPS por resultados de exámenes médicos
- ✓ Realizar Pausas Activas
- ✓ Cambios de estilo de vida-Dieta y ejercicio
- ✓ Uso de EPP

Scanned with CamScanner

De acuerdo con lo anterior, nos permitimos informarle que a partir de la fecha usted deberá iniciar valoración médica con su EPS. Así mismo, deberá entregar las recomendaciones de la EPS a su jefe inmediato, con el fin de brindarle acompañamiento en su proceso de rehabilitación médica. Igualmente, deberá notificarle los documentos que certifiquen sus controles médicos. Esta información será remitida al área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).

Las recomendaciones laborales citadas en este documento deberán ser acatadas por usted hasta la emisión de nuevos direccionamientos de medicina laboral.
En constancia de lo tratado, se firma este documento por parte de las personas que han intervenido:

El trabajador,

YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
CC. 4567875
Cargo: Ayudante
V.o.B.o

Angie Cortés Romero
Profesional SST
484-12-11-2025

ANGIE LINDSAY CORTÉS ROMERO
PROFESIONAL SG - SST

JUAN DIEGO ACOSTA AVILA
COORDINADOR DE PROYECTOS

Scanned with CamScanner

DINPROING

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO DEFINIDO

Nombre del Empleador:	DINPROING LTDA
Dirección del Empleador:	AVENIDA 19 #118-95 OFC 513
NIT. No:	822.005.946-7
Nombre del Trabajador:	YOENDRY VILCHEZ PALENCIA
Domicilio Trabajador:	CALLE 74 A SUR # 87 B 18
PPT No.	4567875
Fecha de Nacimiento:	13/08/1977
Oficio del Trabajador:	AYUDANTE DE OBRA
Salario:	$1.750.905 (UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL NOVECIENTOS CINCO PESOS M/CTE)
Tipo de Pago:	MENSUAL
Lugar de Labores:	OBRA JARDÍN DE INTEGRACIÓN SOCIAL LOS SAUCES
Fecha Inicio:	16 ENERO 2026
Fecha Fin:	28 FEBRERO 2026

Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

Primera. El empleador contrata los servicios personales del trabajador, quien se obliga: **a)** A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado, así como en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes; y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia del presente contrato, salvo autorización expresa y escrita del empleador.

Segunda. El empleador pagará al trabajador, por la prestación de sus servicios, el salario indicado en el encabezado del presente contrato, pagadero en las oportunidades allí señaladas. Dentro de dicho pago se encuentra incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del Título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

Se aclara y conviene que, en los casos en que el trabajador devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el ochenta y dos punto cinco por ciento (82.5%) de dichos ingresos constituirá remuneración ordinaria, y el diecisiete punto cinco por ciento (17.5%) restante estará destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos, conforme a los Capítulos I y II del Título VIII del Código Sustantivo del Trabajo.

Tercera. Todo trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en días domingo o festivo en los que legalmente deba concederse descanso, será remunerado conforme a la ley, al igual que los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo, este deberá ser autorizado previamente por escrito por el empleador o sus representantes. Cuando la necesidad de dicho trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse aviso por escrito, a la mayor brevedad posible, al empleador o a sus representantes. En consecuencia, el empleador no reconocerá trabajo suplementario o en días de descanso obligatorio que no haya sido previamente autorizado o informado oportunamente, en los términos aquí establecidos.

Scanned with CamScanner

Cuarta. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria dentro de los turnos y horarios señalados por el empleador, quien podrá efectuar ajustes o cambios cuando lo estime conveniente, de conformidad con la ley. Por acuerdo expreso o tácito de las partes, las horas de la jornada ordinaria podrán distribuirse en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, conforme al artículo 167 ibídem.

Quinta. Las partes acuerdan un período de prueba de treinta (30) días, el cual no es superior a la quinta parte del término inicial del presente contrato ni excede de dos (2) meses. En caso de prórroga o celebración de un nuevo contrato entre las partes, se entenderá que no existe un nuevo período de prueba. Durante este período, tanto el empleador como el trabajador podrán dar por terminado el contrato en cualquier momento, de manera unilateral, conforme a lo dispuesto en el artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo.

Sexta. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965 y demás normas concordantes; y, adicionalmente, por parte del empleador, las faltas que se califiquen como graves en el reglamento interno de trabajo, en las políticas internas de la empresa o en las cláusulas adicionales del presente contrato.

Séptima. Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecerán al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como con el artículo 20 y las normas concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En los demás casos, el invento pertenecerá al trabajador, salvo cuando, sin haber sido contratado para investigar, realice la invención mediante datos, conocimientos o medios utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual el trabajador tendrá derecho a una compensación que se fijará teniendo en cuenta el salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que este reporte al empleador u otros factores similares.

Octava. El trabajador se obliga a mantener estricta confidencialidad y reserva sobre toda la información a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del presente contrato, cualquiera sea su naturaleza o el medio en que se encuentre contenida, incluyendo información técnica, administrativa, financiera, contractual, operativa, de personal, contratistas, proveedores y proyectos.

Dicha información no podrá ser divulgada, reproducida, utilizada ni comunicada a terceros sin autorización previa y escrita del empleador, y solo podrá ser utilizada para el cumplimiento de las funciones propias del cargo. Esta obligación permanecerá vigente durante la ejecución del contrato y después de su terminación un (1) año, cualquiera sea la causa. El incumplimiento de esta cláusula será considerado falta grave y podrá dar lugar a la terminación del contrato, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

Novena. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en un lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales ni de remuneración del trabajador ni le causen perjuicios. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador, de conformidad con el numeral 8 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten sus condiciones laborales y no se afecten su honor, dignidad ni derechos mínimos, conforme al artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1 de la Ley 50 de 1990.

Décima. El presente contrato ha sido redactado conforme a la ley y la jurisprudencia vigentes y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo, cuyo objeto, definido en su

Scanned with CamScanner

DINPROING

artículo 1, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Décima primera. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado anteriormente entre las partes. Las modificaciones que se acuerden deberán constar por escrito.

Décima segunda. El presente contrato constituye el acuerdo total entre las partes y tiene prioridad y reemplaza cualquier otro acuerdo que hubiese existido anteriormente entre ellas en relación con su objeto.

Décima tercera. El presente contrato presta mérito ejecutivo para la exigibilidad de las obligaciones dinerarias o monetarias en él contenidas. Para tal efecto, bastará la declaración de incumplimiento por parte de la parte cumplida y la exhibición de la documentación pertinente ante el juez competente. Las partes renuncian expresamente a la constitución en mora para los efectos aquí previstos.

Décima cuarta. El presente contrato entrará en vigencia una vez sea suscrito por las partes.

En constancia de lo anterior, se firma el presente contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los dieciséis (16) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026), en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, uno para cada una de las partes.

Empleador,

Raúl G. Riaño Cepeda
C.C. 79.988.897
Representante Legal
DINPROING LTDA

Trabajador,

Yoendry Vilchez Palencia
P.P.T. 4.567.875
Oficial de Obra

Proyecto: Abogado Diego Barbosa

Scanned with CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA

IDENTIFICACION PERSONAL

CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.026.564.469

MORENO MARTINEZ

APELLIDOS

DIEGO FERNANDO

NOMBRES

FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 13-JUL-1990

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70	A+	M
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

11-AGO-2008 BOGOTA D.C

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1500150-00313741-M-1026564469-20110713 0027399967A 1 36042239

DINPROING	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-SST-F-003
		Versión: 1
	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	PAGINA: 1 DE 1

Realizado por: Angie Cortés Romero	Revisado por: Juan Diego Acosta	Aprobado por: Raul Riaño Cepeda

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

TRABAJADOR	DIEGO MORENO	CÉDULA	1026564469	CARGO	RESIDENTE OBRA

FECHA	NOMBRE DEL EPP	CANTIDAD	TIPO DE ENTREGA		FIRMA RECIBIDO
			PRIMERA VEZ	REPOSICIÓN	
8 ENERO 2026	CASCO BLANCO	1	X		
8 ENERO 2026	BOTAS DE SEGURIDAD	1	X		
8 ENERO 2026	CAMISA CORPORATIVA	2	X		

Observaciones :

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	ANGIE CORTÉS ROMERO	CEDULA No.	1.030.642.124
CARGO	PROFESIONAL SST	FIRMA	Angie Cortes Romero

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Mediante el uso adecuado de los equipos y elementos de protección personal (EPP), incluyendo la ropa de trabajo, doy cumplimiento a mis deberes como trabajador, conforme a la siguiente normatividad: Código Sustantivo del Trabajo, artículos 56 y 58 numeral 7; Ley 9 de 1979, artículo 88; y Decreto 1295 de 1994, artículo 22.
Reconozco que soy responsable del uso adecuado, cuidado y preservación de los EPP suministrados. El incumplimiento de esta obligación me expone a faltas disciplinarias o penales, frente a las cuales la empresa DINPROING LTDA podrá determinar y aplicar las acciones correctivas correspondientes.
El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6. Así mismo, autorizo la verificación y el seguimiento del uso adecuado y cuidado de los EPP. En caso de demostrarse que el deterioro o la pérdida de

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

RECIBE EL ELEMENTO LEE EL COMPROMISO Y LO ACEPTA

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Diego F. Moreno

IDENTIFICADO CON C.C : 1026564489

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Ingeniero

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito: exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [✓] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [✓] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [✓] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 12/1/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Diego F. Moreno	Thalia S.
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
	Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Diego F. Moreno	CARGO	Supervisor dhsm
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	Sacces	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente labaal.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	· Señalizacion obligatoria. · Señalizacion de emergencia · Señalizacion preventiva
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y Cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	cableado electrico expuesto en el area de trabajo Superficies desordenadas que pueden producir caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	el trabajador esta operando sin EPP

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Thalia. Sanabria	12/1/26

NOTA	APROBÓ		
5,0	SI	X	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO
	NO		

NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

5,0

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	12/1/26		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	Insp. SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Diego F. Marcro	Cédula:	1026564469
DEPENDENCIA/PROYECTO	Sanes. – CNE	CONTRATISTA:	CNE.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Ingeniero

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA	NOMBRE: Diego F. Marcro CARGO: Ingeniero
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia S	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

REPORTE DE NOVEDAD DE INGRESO

CONTRATO:	1202999	
RAZON SOCIAL	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA	
IDENTIFICACION:	NI 822005946	

INGRESO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
104841586	2026-1-8	CC 1026564469
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
MORENO MARTINEZ	DIEGO FERNANDO	1990-7-13
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
calle 1 no 70 a 65	BOGOTA D.C.	Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	gestionintegralss@outlook.es	8070417
Celular	**Sexo**	
3008237590	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
auxiliar de obra	$4,000,000.00	Compensar E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Tasa de riesgo	**Clase de riesgo**	**Grado**
6.96	5	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Tipo jornada**	
2026-1-8	TURNOS	

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

compensar | salud eps

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

No. de Radicación

Fecha de Radicación (Día - Mes - Año)

Sello asesor

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite: A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]

2. Tipo de Afiliación: A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [ ] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. Régimen: A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]

4. Contribución solidaria: Si [ ] No [ ]

5. Tipo de afiliado: A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. Tipo de cotizante: A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. Código (a registrar por la EPS)

A. AFILIACIÓN / II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres — Primer Apellido: Moreno — Segundo Apellido: Martinez — Primer Nombre: Diego — Segundo Nombre: Fernando

9. Tipo de documento de identidad: CC

10. Número de documento de identidad: 1026564469

11. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]

12. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

13. Nacionalidad

14. Lugar de nacimiento — País — Departamento — Municipio

15. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia

17. Comunidad

18. Discapacidad: SI [ ] No [ ] Categoría de discapacidad

19. Tiene encuesta SISBÉN: SI [ ] No [ ]

20. Clasificación SISBÉN: Nivel [ ] Grupo [ ]

21. Grupo de población especial

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL: Sura

23. Administradora de Pensiones

24. Ingreso base de cotización - IBC: 4'000000

25. Tarifa Contribución Solidaria: Polvani

26. Residencia — Dirección — Departamento — Teléfono Fijo — Teléfono celular — Correo electrónico — Zona: Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

Bogota — Cundinamarca

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. Apellidos y nombres — Primer Apellido — Segundo Apellido — Primer Nombre — Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad

29. Número de documento de identidad

30. Sexo biológico: Femenino [ ] Masculino [ ]

31. Sexo identificación: F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cuál?

32. Nacionalidad

33. Lugar de nacimiento — País — Departamento — Municipio

34. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres

	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. No. del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cuál?	País	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CUNDINAMARCA
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

	51. Datos de residencia: Departamento	Municipio/ Distrito	Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

FOR-EPSVTA-A002 V002

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

RADICADO PARA ESTUDIO EPS
REGIONAL CUNDINAMARCA
AGENTE COMERCIAL
SOLUCIONES EFECTIVA SAS

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	DIMPROING		
56. Tipo de documento de identificación: NIT	57. Número del documento de identificación: 822005946	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)	
59. Ubicación	Dirección		Teléfono fijo o Celular
Bogotá	Departamento	Cundinamarca	

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ 1. Modificación de datos básicos de identificación.
- ☐ 2. Corrección de datos básicos de identificación.
- ☐ 3. Actualización del documento de identificación.
- ☐ 4. Actualización y corrección de datos complementarios.
- ☐ 5. Terminación de la inscripción en la EPS. Código ☐
- ☐ 6. Reporte de pago a través de un tercero. Código ☐
- ☐ 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales.
- ☐ 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar.
- ☐ 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando.
- ☐ 11. Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 14. Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ 15. Traslado: ☐ A. Mismo Régimen ☐ B. Diferente Régimen
- ☐ 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia.
- ☐ 17. Reporte del trámite de protección al cesante.
- ☐ 18. Reporte de la calidad de Pre- pensionado.
- ☐ 19. Reporte de la calidad de Pensionado.
- ☐ 20. Ingreso a Contribución Solidaria.
- ☐ 21. Retiro de Contribución Solidaria.

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			08/01/2026
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	10. Número de documento de identidad	62. Sexo biológico: Femenino ☐ Masculino ☐	63. Sexo identificación: F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cuál?
64. Fecha de nacimiento (Día - Mes - Año)	65. EPS anterior		
66. Fecha de novedad (Día - Mes - Año)	67. Motivo de traslado Cod. ☐	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ 69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ 70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.
- ☐ 71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ 72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.
- ☐ 73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ 74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.
- ☐ 75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.
- ☐ 76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.
- ☐ 77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes.
- ☐ 78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente.

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad		

IX. FIRMAS

DIEGO MORENO	
80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, institucional o de Oficio

X. ANEXOS

- ☐ 82. Anexo copia del documento de identidad: CN ☐ RC ☐ TI ☐ CC ☐ PA ☐ CE ☐ CD ☐ SC ☐ PT ☐ — Cantidad de documentos de identidad anexos: ☐
- ☐ 83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ 84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.
- ☐ 85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.
- ☐ 86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.
- ☐ 87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.
- ☐ 88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.
- ☐ 89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016.
- ☐ 90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ 91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

Total Anexos ☐

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial — Código del municipio ☐	Código del departamento ☐	93. Nombre de la institución

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
Tipo de documento de identidad ☐	Número de documento de identidad	95. Firma del funcionario	

96. Fecha de radicación (Día - Mes - Año)	97. Fecha de validación (Día - Mes - Año)

OBSERVACIONES:

Sello asesor

V002

R-EPSVTA-0002

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.026.564.469**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá DC. 7 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 19483649
Nombres y Apellidos	JOSE ARMANDO GRAJALES
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 822005946
Razón Social Empleador	DESARROLLO INTEGRAL PROYECT
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	8/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	7/1/2026
Cargo	oficial
Horas Labor Mes	235
Sueldo básico	$ 1750906

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

8ZAKjUd4S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-06

Nombres y apellidos:DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC:1026564469
Fecha de nacimiento:13/07/1990
Edad:35 **Sexo:**MASCULINO
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
Fecha ingreso:2026-01-06 / 07:58:54
Fecha salida:2026-01-06 / 02:11:11
Empresa usuaria:
Actividad Económica:
Cargo:RESIDENTE DE OBRA
EPS:COMPENSAR E.P.S.
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:
: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:
CARDIOVASCULAR:

RECOMENDACIONES:

ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR::	VALORACION POR NUTRICION POR EPS. CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICINA GENERAL EN EPS. VALORACION PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO
NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA:	DIETA Y EJERCICIO
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA:	CONTROL ANUAL OPTOMETRIA.

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



ANDRES CAMILO RIVERA COORD
CC: 1024491478
RM: 1024491478
LIC-SST: 1024491478
Firma y sello del médico



DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC: 1026564469
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-06

Nombres y apellidos:DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC:1026564469
Fecha de nacimiento:13/07/1990
Edad:35 **Sexo:**MASCULINO
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
Fecha ingreso:2026-01-06 / 07:58:54
Fecha salida:2026-01-06 / 02:11:11
Empresa usuaria:
Actividad Económica:
Cargo:RESIDENTE DE OBRA
EPS:COMPENSAR E.P.S.
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. ACUDIR A CONSULTA MÉDICA EN SU EPS PARA MANEJO Y CONTROL POR:: VALORACION POR NUTRICION POR EPS. CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES POR MEDICINA GENERAL EN EPS. VALORACION PRIORITARIA POR MEDICINA GENERAL EN EPS POR RESULTADOS DE LABORATORIO CLINICO
2. NUTRICIONALES - CAMBIOS DE ESTILOS DE VIDA: DIETA Y EJERCICIO
3. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL OPTOMETRIA.



ANDRES CAMILO RIVERA COORD
CC: 1024491478
RM: 1024491478
LIC-SST: 1024491478
Firma y sello del médico



DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC: 1026564469
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE:CENDIATRA CONNECTA
DIRECCIÓN: Av. Calle 26 # 92-32, Connecta Plaza 1-L04, Connecta 26
CIUDAD DE LA SEDE:BOGOTÁ
TELÉFONO:6017424612 - 6017428691
EMAIL:citas.connecta@cendiatra.com
FECHA EXAMEN:2026-01-06

Nombres y apellidos:DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC:1026564469
Fecha de nacimiento:13/07/1990
Edad:35 **Sexo:**MASCULINO
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
Fecha ingreso:2026-01-06 / 08:11:37
Fecha salida:2026-01-06 / 02:11:40
Empresa usuaria:
Actividad Económica:
Cargo:RESIDENTE DE OBRA
EPS:COMPENSAR E.P.S.
Departamento:BOGOTÁ D.C.
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD:
:
APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



ANDRES CAMILO RIVERA COORD
CC: 1024491478
RM: 1024491478
LIC-SST: 1024491478
Firma y sello del médico



DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC: 1026564469
Firma del paciente

Bogotá, D.C., enero 08 de 2026

Señor(a)

DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
RESIDENTE DE OBRA

ASUNTO: COMPROMISO SEGÚN CONCEPTO MÉDICO RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICO LABORALES.

Respetado(a) señor(a):

Por medio de la presente, nos permitimos informarle que la empresa ha recibido las recomendaciones generadas por la **IPS CENDIATRA** como consecuencia del **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO** que se le practicó, según lo estipulado por la RESOLUCIÓN 1843 del 29 de abril de 2025, en lo relacionado con las evaluaciones médicas ocupacionales.

De acuerdo con el Certificado Médico Ocupacional de Pre ingreso realizado el **06/01/2026**, su resultado de aptitud para seguir desempeñando su labor es **APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO.**

En efecto, con el fin de contribuir a su adaptación y/o reubicación en su labor, la Empresa **DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA** acata las recomendaciones emitidas por medicina laboral, las cuales deben ser tenidas en cuenta por usted a partir de la fecha en el desarrollo de sus funciones como **RESIDENTE DE OBRA.**

RECOMENDACIONES

- ✓ Acudir a consulta médica en su EPS para manejo y control por: Valoración por nutrición por EPS. control de cifras tensionales por medicina general en EPS.
- ✓ Valoración prioritaria por medicina general en EPS por resultados de laboratorio clínico.
- ✓ Dieta y ejercicio.

Scanned with CamScanner

De acuerdo con lo anterior, nos permitimos informarle que a partir de la fecha usted deberá iniciar valoración médica con su EPS. Así mismo, deberá entregar las recomendaciones de la EPS a su jefe inmediato, con el fin de brindarle acompañamiento en su proceso de rehabilitación médica. Igualmente, deberá notificarle los documentos que certifiquen sus controles médicos. Esta información será remitida al área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).

Las recomendaciones laborales citadas en este documento deberán ser acatadas por usted hasta la emisión de nuevos direccionamientos de medicina laboral.
En constancia de lo tratado, se firma este documento por parte de las personas que han intervenido:

El trabajador,

DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
CC. 1076694601
Cargo: RESIDENTE DE OBRA
V.o.B.o

Angie Cortés Romero
ANGIE LINDSAY CORTÉS ROMERO
PROFESIONAL SG - SST

JUAN DIEGO ACOSTA AVILA
COORDINADOR DE PROYECTOS

Scanned with CamScanner

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:51:13 horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1026564469,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DIPROING LTDA**, con NIT **822005946-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

DINPROING

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO

Nombre del Empleador:	DINPROING LTDA
Dirección del Empleador:	AVENIDA 19 #118-95 OFC 513
NIT. No:	822.005.946-7
Nombre del Trabajador:	DIEGO FERNANDO MORENO MARTINEZ
Domicilio Trabajador:	CARRERA 87 # 17 - 59
C.C. No.	1.026.564.469
Fecha de Nacimiento:	13 JULIO 1990
Oficio del Trabajador:	RESIDENTE DE OBRA
Salario:	$4.000.000 (CUATRO MILLONES DE PESOS M/CTE)
Tipo de Pago:	MENSUAL
Lugar de Labores:	MULTIPLES OBRAS Y OFICINA DINPROING LTDA
Termino Inicial:	5 MESES
Fecha Inicio:	7 ENERO 2026
Fecha Finalización:	6 JUNIO 2026

Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

Primera. El empleador contrata los servicios personales del trabajador, quien se obliga: **a)** A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado, así como en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes; y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia del presente contrato, salvo autorización expresa y escrita del empleador.

Segunda. El empleador pagará al trabajador, por la prestación de sus servicios, el salario indicado en el encabezado del presente contrato, pagadero en las oportunidades allí señaladas. Dentro de dicho pago se encuentra incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del Título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

Se aclara y conviene que, en los casos en que el trabajador devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el ochenta y dos punto cinco por ciento (82.5%) de dichos ingresos constituirá remuneración ordinaria, y el diecisiete punto cinco por ciento (17.5%) restante estará destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos, conforme a los Capítulos I y II del Título VIII del Código Sustantivo del Trabajo.

Tercera. Todo trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en días domingo o festivo en los que legalmente deba concederse descanso, será remunerado conforme a la ley, al igual que los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo, este deberá ser autorizado previamente por escrito por el empleador o sus representantes. Cuando la necesidad de dicho trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse aviso por escrito, a la mayor brevedad posible, al empleador o a sus representantes. En consecuencia, el empleador no reconocerá trabajo suplementario o en días de descanso obligatorio que no haya sido previamente autorizado o informado oportunamente, en los términos aquí establecidos.

Scanned with CamScanner

Cuarta. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria dentro de los turnos y horarios señalados por el empleador, quien podrá efectuar ajustes o cambios cuando lo estime conveniente, de conformidad con la ley. Por acuerdo expreso o tácito de las partes, las horas de la jornada ordinaria podrán distribuirse en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, conforme al artículo 167 ibídem.

Quinta. Las partes acuerdan un período de prueba de treinta (30) días, el cual no es superior a la quinta parte del término inicial del presente contrato ni excede de dos (2) meses. En caso de prórroga o celebración de un nuevo contrato entre las partes, se entenderá que no existe un nuevo período de prueba. Durante este período, tanto el empleador como el trabajador podrán dar por terminado el contrato en cualquier momento, de manera unilateral, conforme a lo dispuesto en el artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo.

Sexta. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965 y demás normas concordantes; y, adicionalmente, por parte del empleador, las faltas que se califiquen como graves en el reglamento interno de trabajo, en las políticas internas de la empresa o en las cláusulas adicionales del presente contrato.

Séptima. Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecerán al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como con el artículo 20 y las normas concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En los demás casos, el invento pertenecerá al trabajador, salvo cuando, sin haber sido contratado para investigar, realice la invención mediante datos, conocimientos o medios utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual el trabajador tendrá derecho a una compensación que se fijará teniendo en cuenta el salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que este reporte al empleador u otros factores similares.

Octava. El trabajador se obliga a mantener estricta confidencialidad y reserva sobre toda la información a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del presente contrato, cualquiera sea su naturaleza o el medio en que se encuentre contenida, incluyendo información técnica, administrativa, financiera, contractual, operativa, de personal, contratistas, proveedores y proyectos.

Dicha información no podrá ser divulgada, reproducida, utilizada ni comunicada a terceros sin autorización previa y escrita del empleador, y solo podrá ser utilizada para el cumplimiento de las funciones propias del cargo. Esta obligación permanecerá vigente durante la ejecución del contrato y después de su terminación un (1) año, cualquiera sea la causa. El incumplimiento de esta cláusula será considerado falta grave y podrá dar lugar a la terminación del contrato, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

Novena. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en un lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales ni de remuneración del trabajador ni le causen perjuicios. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador, de conformidad con el numeral 8 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten sus condiciones laborales y no se afecten su honor, dignidad ni derechos mínimos, conforme al artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1 de la Ley 50 de 1990.

Décima. El presente contrato ha sido redactado conforme a la ley y la jurisprudencia vigentes y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo, cuyo objeto, definido en su

Scanned with CamScanner

artículo 1, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Décima primera. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado anteriormente entre las partes. Las modificaciones que se acuerden deberán constar por escrito.

Décima segunda. El presente contrato constituye el acuerdo total entre las partes y tiene prioridad y reemplaza cualquier otro acuerdo que hubiese existido anteriormente entre ellas en relación con su objeto.

Décima tercera. El presente contrato presta mérito ejecutivo para la exigibilidad de las obligaciones dinerarias o monetarias en él contenidas. Para tal efecto, bastará la declaración de incumplimiento por parte de la parte cumplida y la exhibición de la documentación pertinente ante el juez competente. Las partes renuncian expresamente a la constitución en mora para los efectos aquí previstos.

Décima cuarta. Para las notificaciones a que haya lugar en relación con el presente contrato, las partes señalan las siguientes direcciones:

Empleador:
Atención: Raúl G. Riaño Cepeda
Dirección: Avenida 19 # 118-95 Ofc 513
Teléfono: 318 350 9706

Trabajador:
Atención: Diego Fernando Moreno Martínez
Dirección: Carrera 87 # 17 - 59
Teléfono: 305 792 0716

Parágrafo. Para la validez de las comunicaciones se requiere que estas se realicen por escrito y sean enviadas a las direcciones aquí establecidas, ya sea mediante entrega personal, correo certificado con porte prepagado o correo electrónico. Dichas direcciones permanecerán vigentes hasta que se notifique su modificación por escrito.

Si la comunicación contiene un plazo o condición, este comenzará a contarse a partir del día siguiente a aquel en que sea enviada o recibida, según el medio utilizado. Cualquier cambio de dirección deberá notificarse con cinco (5) días hábiles de anticipación. En caso contrario, será válida la comunicación enviada a la última dirección conocida.

Décima quinta. El presente contrato entrará en vigencia una vez sea suscrito por las partes.

Scanned with CamScanner

DINPROING

En constancia de lo anterior, se firma el presente contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los siete (07) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026), en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, uno para cada una de las partes.

Empleador,

Raúl G. Riaño Cepeda
C.C. 79.988.897
Representante Legal
DINPROING LTDA

Trabajador,

Diego Fernando Moreno Martínez
C.C. 1.026.564.469
Residente de Obra

Proyecto: Abogado Diego Barbosa

Scanned with CamScanner



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 1.033.796.954

Apellidos
LOPEZ AMAYA

Nombres
BRANDON ESTIVEN

Nacionalidad
COL

Estatura
1.70

Sexo
M

Fecha de nacimiento
17 MAR 1997

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y Lugar de expedición
23 ABR 2015, BOGOTA D.C.

Firma
Brandon

Fecha de expiración
28 DIC 2032



CO

1141297

REGISTRADOR NACIONAL

ICCOL01141297121500 1<<<<<<<<<<<
9703175M3212286COL10337969 54<2
LOPEZ<AMAYA<<BRANDON<ESTIVEN<<

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR: Brandon Stiven Lopez

CARGO: oficial de obra

C.C. 1.483.649

Diproing

FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS	
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas de seguridad	Chaqueta	Chaleco
1	08	01	26	1	1			1							1			1		1		1		
2																								
3																								
4																								
5																								
6																								
7																								
8																								
9																								
10																								
11																								
12																								
13																								
14																								
15																								
16																								

/Brandon Lopez

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Brandon lopez amaya

IDENTIFICADO CON C.C : 1033796954

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficial

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Brandon lopez	Talia Sanabria
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Brandon lopez	Talia Sanabria

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	16-01-2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria.	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Brandon Lopez	Cédula:	1033796584
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	—
NOMBRE DEL CONTRATISTA	Bibrans	CARGO	Oficial

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	X	Procedimientos en casos de emergencia	X
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	X	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	X
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	X	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	X
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	X	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	X
Acto Inseguro y Condición insegura	X	Elementos de protección personal EPP para el cargo	X
Procedimientos administrativos	X	Uso y mantenimiento de los EPP	X
Señalización y demarcación de áreas	X	Procedimientos ambientales	X
Normatividad específica del SST	X		X
Responsabilidades frente al SG-SST	X		X

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Brandon Lopez	NOMBRE: Brandon Lopez CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Brandon · Lopez	CARGO	Oficial
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	DAPRING

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Para cuidar la seguridad de los trabajadores
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	colombinas, pinta, salidas de emergencia
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	cumplir con mis EPPs asistir a capacitaciones
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	cortes, caídas
Escriba un ejemplo de acto inseguro	bajar las escaleras corriendo
Escriba un ejemplo de condición insegura	escaleras dañadas para el uso

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.		X
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ___ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
5/5	SI X NO		

Scanned with CamScanner

SOPORTE DE NOVEDADES

CONTRATO:	1202999	
RAZON SOCIAL	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA	
IDENTIFICACION:	NI 822005946	

RETIRO DE TRABAJADOR

Radicado	**Inicio de vigencia**	**Identificación**
105225500	2026-1-15	CC 1033796954
Apellidos	**Nombres**	**Fecha de nacimiento**
LOPEZ AMAYA	BRANDON ESTIVEN	1997-3-17
Dirección residencia	**Localidad/Comuna**	**Zona**
calle 73 bis sur # 84-65		Rural
Ciudad/Departamento	**Correo electrónico**	**Teléfono**
BOGOTA, D.C. - Bogota D. C.	lopezacabados737@gmail.com	5649723
Celular	**Sexo**	
3045804986	Masculino	
Cargo	**Salario**	**EPS**
Oficial	$1,750,905.00	Salud Total S.A. E.P.S.
AFP	**Centro de Trabajo**	
Porvenir	PRINCIPAL	
Clase de riesgo	**Tasa de riesgo**	**Grado**
5	6.96	80
Tipo afiliado cotizante	**Subtipo afiliado cotizante**	**Tipo de modalidad**
Dependiente	NO DEFINIDO	Presencial
Fecha efectiva de la novedad	**Fecha final de vigencia**	**Tipo jornada**
2026-1-17	2026-1-17	JORNADA UNICA

Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

Todos los Derechos Reservados **Colmena Seguros** ® - 2009

CERTIFICACIÓN DE AFILIACIÓN

Colmena Seguros se permite certificar que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguientes datos:

NOMBRE:	LOPEZ AMAYA BRANDON ESTIVEN
IDENTIFICACIÓN:	CC 1033796954
INICIO VIGENCIA TRABAJADOR:	15/01/2026
CARGO:	OFICIAL
CLASE:	5
TASA:	6,96
ESTADO ACTUAL TRABAJADOR:	VIGENTE
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR:	5429001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA DEL CENTRO DE TRABAJO DEL TRABAJADOR:	Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye la construcción, conservación y reparación de instalaciones industriales (excepto edificios) como refinerías, fábricas de productos qu (Decreto 768 de 2022)

DATOS COTIZANTE

RAZÓN SOCIAL:	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
CC /NIT:	NI 822005946
CONTRATO:	1202999
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	PRINCIPAL
INICIO VIGENCIA CONTRATO:	01/10/2024
ESTADO ACTUAL CONTRATO:	ACTIVO
CODIGO ACTIVIDAD ECONOMICA PRINCIPAL DE LA EMPRESA:	5429001
DESCRIPCION ACTIVIDAD ECONOMICA:	Construcción de otras obras de ingeniería civil, incluye la construcción, conservación y reparación de instalaciones industriales (excepto edificios) como refinerías, fábricas de productos qu (Decreto 768 de 2022)

La presente se expide a los 19 días del mes de enero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente,



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 19/01/2026 7:41:14. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

BOGOTA, Enero 17 de 2026

Señor:

LOPEZ AMAYA BRANDON ESTIVEN

CC. 1033796954CLL75 BIS 17 A 67 - 0

Ciudad

Ref: M-PYGA-F065. SOLICITUD INFORMACIÓN - AFILIACIÓN SALUD TOTAL EPS S.A.

En relación con el asunto de la referencia, y atendiendo su solicitud, nos permitimos informarle que a la fecha de expedición de la presente comunicación consta en nuestra base de datos que su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS S.A. se realizó a partir de Mayo 31 de 2023. Los usuarios inscritos en su afiliación son:

Nombre	Documento	Tipo	Afiliación	Sem_cot	Sem_Ant	Parentesco	Estado_Afiliación	Fecha_de_desafiliación_EPS	Estado_Actual	Discapacidad
LOPEZ AMAYA BRANDON ESTIVEN	1033796954	C	May-31-2023	54	26	COTIZANTE	VIGENTE			Ninguna

De acuerdo con los registros de la base de datos, su grupo familiar presenta la siguiente relación laboral:

Razón_social_del_aportante	Usuario_en_contrato	Tipo_de_contrato	Estado_de_contrato
JOSE EDUARDO LOPEZ ALFONSO	1033796954	Dependiente	VIGENTE
LAVADEEP S A S	1033796954	Dependiente	VIGENTE
OBRESSA SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
SINPRO VA SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
UNION TEMPORAL CONSTRUTENJO	1033796954	Dependiente	CERRADO
AG INGENIERIA CONSTRUCCION SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
ATEHORTUA INGENIERIA S A S	1033796954	Dependiente	CERRADO
CONSORCIO ALOJAMIENTO PUERTO SALGAR O	1033796954	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES ARKITEK BPO SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES RDL SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
CONSTRUCCIONES Y CONSULTORIAS ANDY SAS	1033796954	Dependiente	VIGENTE
CONSTRUIMOS JAR SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
GESTIONES CELULA INTEGRAL S.A.S	1033796954	Dependiente	CERRADO
INSTALACIONES LIZHER SAS	1033796954	Cotizante dependiente, con aportante beneficiario	CERRADO
JMO SOLUCIONES DE INGENIERIA SAS	1033796954	Dependiente	CERRADO
JOSE EDUARDO LOPEZ ALFONSO	1033796954	Dependiente	CERRADO

CARTA NO VALIDA PARA TRASLADO

En Salud Total apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con Calidad total. Cualquier información adicional, con gusto será atendida por el personal de servicio al cliente de la sede administrativa de su ciudad, o puede comunicarse con nuestra línea gratuita 018000 1 14524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

Gerencia de Operaciones Comercial

SALUD TOTAL EPS S.A.
Elaboró: Servicios en Línea

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el Estado Actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación, siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

BRANDON ESTIVEN LOPEZ AMAYA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.033.796.954**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 19 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

En este momento de su vida, lo que más le conviene es estar en un fondo privado como Porvenir, ¿por que? porque está acumulando semanas, ahorrando dinero y obteniendo rendimiento.

Señores

COMPENSAR
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR
Área de Afiliaciones y Aportes
Ciudad

Asunto: Solicitud de amortización de aportes realizados sin afiliación formal

Respetados señores:

Por medio de la presente me permito solicitar de manera respetuosa que se realice la amortización y/o imputación de los aportes efectuados a esta Caja de Compensación Familiar, los cuales fueron pagados oportunamente, pese a que no se formalizó el proceso de afiliación correspondiente.

Lo anterior obedece a que, por razones administrativas, la afiliación no quedó debidamente registrada; sin embargo, los pagos de aportes sí fueron realizados en los periodos correspondientes, situación que puede ser verificada en sus registros y soportes de pago adjuntos.

En virtud de lo anterior, solicito se sirvan aplicar dichos aportes al periodo que corresponda, o indicar el procedimiento a seguir para su correcta amortización, compensación o regularización, de conformidad con la normatividad vigente.

Adjunto a la presente los soportes de pago y la información requerida para facilitar la verificación y trámite de esta solicitud. Quedo atento a cualquier información adicional que se requiera.

Agradezco de antemano su atención y pronta respuesta.

Cordialmente,

Nombre completo: Brandon Estiven López Amaya
Tipo y número de documento: CC 1033796954
Teléfono: 3045804086
Correo electrónico: lopezacabados737@gmail.com
Firma: Brandon López Amaya

aportes en línea

Planilla Resumen

DATOS GENERALES DEL APORTANTE

Identificación	dv	Razon Social	Clase Aportante	Sucursal Principal	Direccion	Ciudad-Departamento	Teléfono	Exonerado SENA e ICBF
CC 80374390		JOSE EDUARDO LOPEZ ALFONSO	B - MENOS DE 200 COTIZANTES	PRINCIPAL	CLL 73 BIS 85-30 SUR	BOGOTA-BOGOTA D.E.	9372139	Si

DATOS GENERALES DE LA LIQUIDACION

Periodo		Clave		Tipo	Fecha		Pago		
Pensión	Salud	Pago	Planilla	Planilla	Limite	Pago	Banco	Dias Mora	Valor
2025-11	2025-12	2071240509	9497762231	E	2025/12/22	2026/01/09	NEQUI	18	$341,200

LIQUIDACION DETALLADA DE APORTES

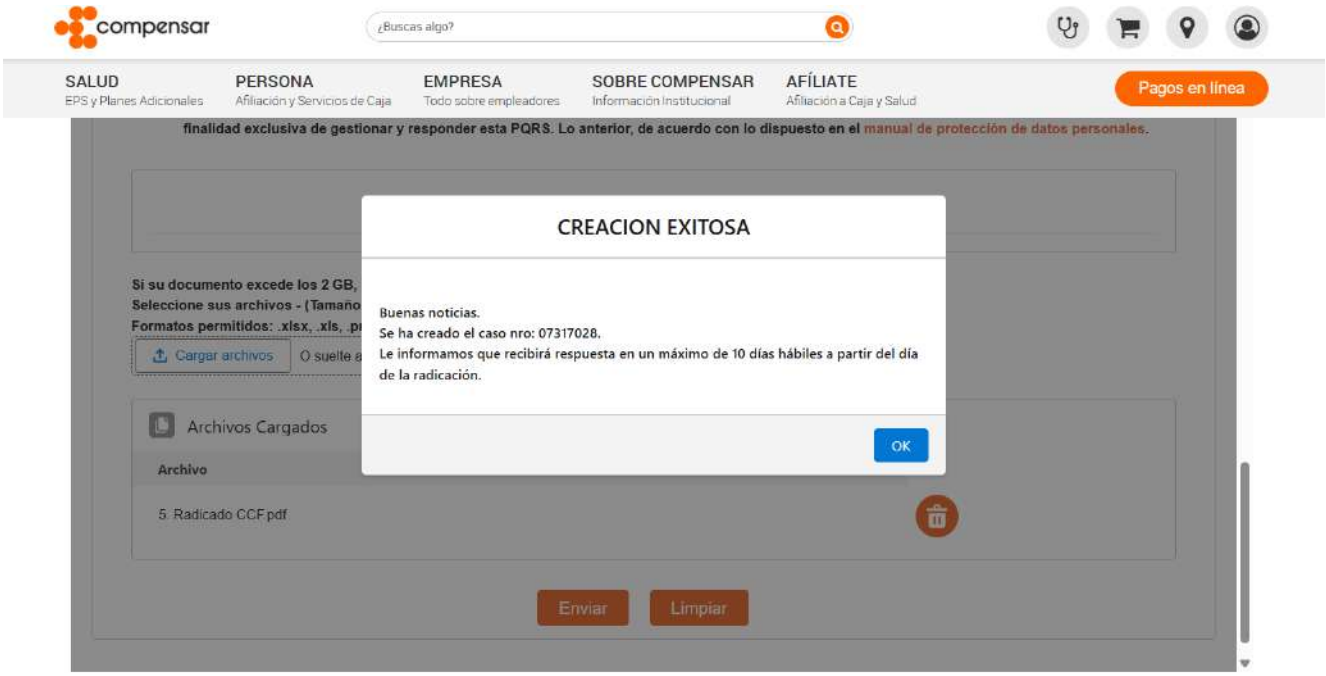
EMPLEADO				NOVEDADES																PENSION				SALUD				CCF				RIESGOS					PARAFISCALES				
No.	Identificación	Nombre		ing	ret	tde	tae	tdp	tap	vsp	cor	vst	sln	ige	lma	vac	avp	vct	irl	vip	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Aporte	Codigo	Días	IBC	Tarifa	Aporte	Días	IBC	Aporte	Exonerado SENA e ICBF	Total Aportes
SUCURSAL: PRINCIPAL (2 Afiliados)																						$996,450	$159,500			$1,186,250	$47,500			$1,186,250	$47,500			$1,186,250		$82,700		$0	$0		$337,200
Centro de Trabajo: CENTRO DE TRABAJO 2 (1 Afiliados)																						$0	$0			$189,800	$7,600			$189,800	$7,600			$189,800		$13,300		$0	$0		$28,500
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$0	$0			$189,800	$7,600			$189,800	$7,600			$189,800		$13,300		$0	$0		$28,500
1	CC	19289193	ROMERO JOSE	X	X																0	$0	$0	EPS002	4	$189,800	$7,600	CCF24	4	$189,800	$7,600	14-11	4	$189,800	6.960%	$13,300	4	$0	$0	Si	$28,500
Centro de Trabajo: CENTRO DE TRABAJO 5 (1 Afiliados)																						$996,450	$159,500			$996,450	$39,900			$996,450	$39,900			$996,450		$69,400		$0	$0		$308,700
Ciudad: BOGOTA Depto: BOGOTA D.E. (1 Afiliados)																						$996,450	$159,500			$996,450	$39,900			$996,450	$39,900			$996,450		$69,400		$0	$0		$308,700
2	CC	1033796954	LOPEZ BRANDON	X																	230301	21	$996,450	$159,500	EPS002	21	$996,450	$39,900	CCF24	21	$996,450	$39,900	14-11	21	$996,450	6.960%	$69,400	21	$0	$0	Si	$308,700
Total			**Afiliados(2)**																			$996,450	$159,500			$1,186,250	$47,500			$1,186,250	$47,500			$1,186,250		$82,700		$0	$0		$337,200

aportes en línea

Planilla Resumen

RESUMEN DE PAGO

RIESGO	CODIGO	NIT	DV	AFILIADOS	VALOR LIQUIDADO	INTERESES MORA	SALDOS E INCAPACIDADES	VALOR A PAGAR
AFP (ADMINISTRADORAS: 1)				1	$159,500	$1,800	$0	$161,300
PORVENIR	230301	800,224,808	8	1	$159,500	$1,800	$0	$161,300
ARL (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$82,700	$1,000	$0	$83,700
ARL SURA	14-11	890,903,790	5	2	$82,700	$1,000	$0	$83,700
CCF (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$47,500	$600	$0	$48,100
COMPENSAR	CCF24	860,066,942	7	2	$47,500	$600	$0	$48,100
EPS (ADMINISTRADORAS: 1)				2	$47,500	$600	$0	$48,100
SALUD TOTAL	EPS002	800,130,907	4	2	$47,500	$600	$0	$48,100
TOTAL				**2**	**$337,200**	**$4,000**	**$0**	**$341,200**



Si no puedes ver el formulario, haz clic aquí

SOLSALUD IPS

Nit: 901236832-3
Dir: Cra 44 # 72 - 107 Barranquilla - COLOMBIA
Cel: 3127860441
Valide su certificado en www.solsaludcaribeips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
08 DÍA	11 MES	2025 AÑO	BARRANQUILLA, COLOMBIA Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

LOPEZ ALFONSO JOSE EDUARDO NIT:80374390-3

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
LOPEZ AMAYA BRANDON ESTIVEN	Masculino	28 Años	CC (Tipo)	1033796954 (Número)

Cargo **OFICIAL**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor(a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Gabriel A. Carrillo F.
MÉDICO ESPECIALISTA EN SALUD OCUPACIONAL
R.M. 08882 - L.I.C. S.O. 3252-2022

Firma:
Nombre: GABRIEL ANTONIO CARRILLO FONTALVO
R.M.: 08882 L.S.O.: 3252 2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Brandon Lopez
Nombre: LOPEZ AMAYA BRANDON ESTIVEN
CC 1033796954

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:19:25 horas del 19/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1033796954,** Apellidos y Nombres **LOPEZ AMAYA BRANDON ESTIVEN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DESAROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA**, con NIT **822005946-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CRIMINAL E INTERPOL

Área de Administración de Información Criminal

ENLACES DE INTERÉS

- Portal web DIJIN
- Consulta Antecedentes Judiciales
- Protección de Datos

SÍGANOS EN LAS REDES SOCIALES

© 2026 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

Bogotá D.C., 11 de marzo de 2026

Señores
Consorcio Nueva Esperanza
Bogotá D.C.

Asunto: Personal que no ingresó a proyectos

Cordial saludo,

Yo, **Raúl Gregorio Riaño Cepeda**, en calidad de Representante Legal de la empresa **DINPROING LTDA,** identificada con **NIT 822005946**, me permito certificar que el personal relacionado a continuación **nunca ingresó ni estuvo vinculado a la ejecución de las actividades en obra correspondientes al proyecto "Jardín Integración Social Los Sauces".**
Es importante aclarar que, en su momento, únicamente se remitió una documentación parcial del personal para un posible proceso de vinculación; sin embargo, dicho proceso no llegó a concretarse, debido a que las personas relacionadas decidieron no dar continuidad al mismo.
En consecuencia, el personal mencionado no tuvo ingreso a obra, ni participación en la ejecución de actividades dentro del proyecto anteriormente mencionado.

La presente certificación se expide para los fines que se consideren pertinentes.

NOMBRE COMPLETO	DOCUMENTO
BRANDON ESTIVEN LOPEZ AMAYA	1033796954
CARLOS FERNANDO SUAZA WALLES	12325119

Cordialmente,

Raúl G. Riaño Cepeda
Representante Legal
Dinproing Ltda
Nit 822.005.946-7



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **25-JUN-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.64	**O+**	**F**
ESTATURA	G.S. RH	SEXO

05-JUL-2012 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

P-1500150-00400539-F-1030642124-20120919 **0031**70501A 1 38794206

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.030.642.124**

CORTES ROMERO
APELLIDOS

ANGIE LINDSAY
NOMBRES

Angie Cortés Romero
FIRMA



DINPROING

ACTA DE RECEPCIÓN DE CARNET

En la ciudad de Bogotá, a los 19 días del mes de enero de 2026, se deja constancia mediante la presente acta de la recepción del carnet correspondiente al personal vinculado al **proyecto de la Secretaría de Integración Social**, ejecutado por la empresa **DINPROING**.

DESCRIPCIÓN:

Se hace entrega y recepción del carnet de identificación, el cual será utilizado exclusivamente para fines de identificación, control de acceso y cumplimiento de los lineamientos establecidos por la **Secretaría de Integración Social** y por la empresa **DINPROING.**

El receptor manifiesta que el carnet fue recibido en **buen estado**, con la información correcta y se compromete a darle el uso adecuado, así como a su devolución en caso de terminación del contrato o del proyecto.

Para constancia, se firma la presente acta en la fecha y lugar anteriormente indicados.

NOMBRE	CARGO	FIRMA
Diego Mauricio Martinez	Residente	
Raul Rianto Q.	R. Legal	
Juan Diego Acosta	Coord Proyectos	
Angie Cortes Romero	Profesional SST	Angie Cortes R.

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Angie Cortes R.

IDENTIFICADO CON C.C : 1030642122

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Asesor SST

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes). deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares. falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☑ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☑ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☑ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☐ Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 12/1/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Angie Cortes R.	Thalia Sarmiento.
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
	Thalia Sarmiento.

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Angie Cortes P.	CARGO	Asesor SST
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	SAUCES	NOMBRE DEL CONTRATISTA	DIPPOM - CMS

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y Control de los riesgos del ambiente labaal.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	• Señalizacion obligatoria. • Señalizacion de emergencia • Señalizacion preventiva
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo. Locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	cableado electrico expuesto en el. area de trabajo superficies desordenadas que pueden producir caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Thalia. Sanabria	12/1/26

NOTA 5/1	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 5/1
	SI X		
	NO		

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	12/1/26		
Nombre del responsable:	Thalia Serabria	Cargo:	Inspector SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Argie Cortes R.	Cédula:	1030642124
DEPENDENCIA/PROYECTO	Sandra – CNE	CONTRATISTA:	CNE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Asesor SST

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN ☒ RE-INDUCCIÓN ☐

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad especifica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA: Argie	NOMBRE: Argie Cortes R. CARGO: Asesor SST
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Serabria NOMBRE: Thalia S.	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CENTRO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO SAFETY WORK INDUSTRIA SAS

Radicado Ministerio de Trabajo
Nº 08SE2018220000000016479
CELAC 18-CPR-002

SW000043443

CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO

Identificado(a) con Cédula de ciudadanía No. 1,030,642,124

CURSO Y APROBÓ LA FORMACIÓN EN TRABAJO EN ALTURAS
REENTRENAMIENTO

CON UNA INTENSIDAD DE 8 HORAS
De 16 de Septiembre de 2025 a 16 de Septiembre de 2025 en Bogotá, D.C.

En constancia de lo anterior se firma en la ciudad de Bogotá, D.C.
el día Martes 16 de Septiembre de 2025

Empresa: Metalicas Snaire LTDA Identificada con NIT No. 830.126.752-3
Representante legal: Jose Eduardo Salamanca
Administradora de riesgos laborales: Compañía de Seguros Bolívar S.A.

WILSON MUÑOZ VALBUENA
REPRESENTANTE LEGAL
NIT 900.299.178-0

Licencia SST Resolución
No. 9792 del 02-07-2021

Expertos en Seguridad
y Protección Industrial

JENNIFFER PAOLA MÉNDEZ ALBARRACIN
Licencia en SST
Resolución N° 15409 de 26/12/2016

Carrera 64A No. 4G-59/89 Barrio Pradera (Bogotá. D.C) - Teléfonos (601) 746 6095 / 290 8209 - Móvil: (317) 567 5453
Consulte su certificado en www.safetyworkindustria.com
Enviar información a capacitacion@safetywork.com.co

DINPROING

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO A TERMINO FIJO INFERIOR A UN AÑO

Nombre del Empleador:	DINPROING LTDA
Dirección del Empleador:	AVENIDA 19 #118-95 OFC 513
NIT. No:	822.005.946-7
Nombre del Trabajador:	ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO
Domicilio Trabajador:	CALLE 2 # 89 - 35
C.C. No.	1.030.642.124
Fecha de Nacimiento:	25 JUNIO 1994
Oficio del Trabajador:	PROFESIONAL HSE
Salario:	$3.520.000 (TRES MILLONES QUINIENTOS VEINTE MIL PESOS M/CTE)
Tipo de Pago:	MENSUAL
Lugar de Labores:	MULTIPLES OBRAS Y OFICINA DINPROING LTDA
Termino Inicial:	5 MESES
Fecha Inicio:	7 ENERO 2026
Fecha Finalización:	6 JUNIO 2026

Entre el empleador y el trabajador, de las condiciones ya dichas, identificados como aparece al pie de sus firmas, se ha celebrado el presente contrato individual de trabajo, el cual se regirá por las siguientes cláusulas:

Primera. El empleador contrata los servicios personales del trabajador, quien se obliga: **a)** A poner al servicio del empleador toda su capacidad normal de trabajo, en forma exclusiva, en el desempeño de las funciones propias del oficio mencionado, así como en las labores anexas y complementarias del mismo, de conformidad con las órdenes e instrucciones que le imparta el empleador o sus representantes; y **b)** A no prestar directa ni indirectamente servicios laborales a otros empleadores, ni a trabajar por cuenta propia en el mismo oficio, durante la vigencia del presente contrato, salvo autorización expresa y escrita del empleador.

Segunda. El empleador pagará al trabajador, por la prestación de sus servicios, el salario indicado en el encabezado del presente contrato, pagadero en las oportunidades allí señaladas. Dentro de dicho pago se encuentra incluida la remuneración correspondiente a los descansos dominicales y festivos de que tratan los Capítulos I y II del Título VII del Código Sustantivo del Trabajo.

Se aclara y conviene que, en los casos en que el trabajador devengue comisiones o cualquier otra modalidad de salario variable, el ochenta y dos punto cinco por ciento (82.5%) de dichos ingresos constituirá remuneración ordinaria, y el diecisiete punto cinco por ciento (17.5%) restante estará destinado a remunerar el descanso en los días dominicales y festivos, conforme a los Capítulos I y II del Título VIII del Código Sustantivo del Trabajo.

Tercera. Todo trabajo suplementario o en horas extras, así como el trabajo en días domingo o festivo en los que legalmente deba concederse descanso, será remunerado conforme a la ley, al igual que los correspondientes recargos nocturnos. Para el reconocimiento y pago del trabajo suplementario, dominical o festivo, este deberá ser autorizado previamente por escrito por el empleador o sus representantes. Cuando la necesidad de dicho trabajo se presente de manera imprevista o inaplazable, deberá ejecutarse y darse aviso por escrito, a la mayor brevedad posible, al empleador o a sus representantes. En consecuencia, el empleador no reconocerá trabajo suplementario o en días de descanso obligatorio que no haya sido previamente autorizado o informado oportunamente, en los términos aquí establecidos.

Scanned with CamScanner

Cuarta. El trabajador se obliga a laborar la jornada ordinaria dentro de los turnos y horarios señalados por el empleador, quien podrá efectuar ajustes o cambios cuando lo estime conveniente, de conformidad con la ley. Por acuerdo expreso o tácito de las partes, las horas de la jornada ordinaria podrán distribuirse en la forma prevista en el artículo 164 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 23 de la Ley 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las secciones de la jornada no se computan dentro de la misma, conforme al artículo 167 ibídem.

Quinta. Las partes acuerdan un período de prueba de treinta (30) días, el cual no es superior a la quinta parte del término inicial del presente contrato ni excede de dos (2) meses. En caso de prórroga o celebración de un nuevo contrato entre las partes, se entenderá que no existe un nuevo período de prueba. Durante este período, tanto el empleador como el trabajador podrán dar por terminado el contrato en cualquier momento, de manera unilateral, conforme a lo dispuesto en el artículo 78 del Código Sustantivo del Trabajo.

Sexta. Son justas causas para dar por terminado unilateralmente el presente contrato, por cualquiera de las partes, las enumeradas en el artículo 7 del Decreto 2351 de 1965 y demás normas concordantes; y, adicionalmente, por parte del empleador, las faltas que se califiquen como graves en el reglamento interno de trabajo, en las políticas internas de la empresa o en las cláusulas adicionales del presente contrato.

Séptima. Las invenciones o descubrimientos realizados por el trabajador contratado para investigar pertenecerán al empleador, de conformidad con el artículo 539 del Código de Comercio, así como con el artículo 20 y las normas concordantes de la Ley 23 de 1982 sobre derechos de autor. En los demás casos, el invento pertenecerá al trabajador, salvo cuando, sin haber sido contratado para investigar, realice la invención mediante datos, conocimientos o medios utilizados en razón de la labor desempeñada, evento en el cual el trabajador tendrá derecho a una compensación que se fijará teniendo en cuenta el salario, la importancia del invento o descubrimiento, el beneficio que este reporte al empleador u otros factores similares.

Octava. El trabajador se obliga a mantener estricta confidencialidad y reserva sobre toda la información a la que tenga acceso con ocasión de la ejecución del presente contrato, cualquiera sea su naturaleza o el medio en que se encuentre contenida, incluyendo información técnica, administrativa, financiera, contractual, operativa, de personal, contratistas, proveedores y proyectos.

Dicha información no podrá ser divulgada, reproducida, utilizada ni comunicada a terceros sin autorización previa y escrita del empleador, y solo podrá ser utilizada para el cumplimiento de las funciones propias del cargo. Esta obligación permanecerá vigente durante la ejecución del contrato y después de su terminación un (1) año, cualquiera sea la causa. El incumplimiento de esta cláusula será considerado falta grave y podrá dar lugar a la terminación del contrato, sin perjuicio de las acciones legales a que haya lugar.

Novena. Las partes podrán convenir que el trabajo se preste en un lugar distinto al inicialmente contratado, siempre que tales traslados no desmejoren las condiciones laborales ni de remuneración del trabajador ni le causen perjuicios. Los gastos que se originen con el traslado serán cubiertos por el empleador, de conformidad con el numeral 8 del artículo 57 del Código Sustantivo del Trabajo. El trabajador se obliga a aceptar los cambios de oficio que decida el empleador dentro de su poder subordinante, siempre que se respeten sus condiciones laborales y no se afecten su honor, dignidad ni derechos mínimos, conforme al artículo 23 del Código Sustantivo del Trabajo, modificado por el artículo 1 de la Ley 50 de 1990.

Décima. El presente contrato ha sido redactado conforme a la ley y la jurisprudencia vigentes y será interpretado de buena fe y en consonancia con el Código Sustantivo del Trabajo, cuyo objeto, definido en su

Scanned with CamScanner

artículo 1, es lograr la justicia en las relaciones entre empleadores y trabajadores dentro de un espíritu de coordinación económica y equilibrio social.

Décima primera. El presente contrato reemplaza en su integridad y deja sin efecto cualquier otro contrato verbal o escrito celebrado anteriormente entre las partes. Las modificaciones que se acuerden deberán constar por escrito.

Décima segunda. El presente contrato constituye el acuerdo total entre las partes y tiene prioridad y reemplaza cualquier otro acuerdo que hubiese existido anteriormente entre ellas en relación con su objeto.

Décima tercera. El presente contrato presta mérito ejecutivo para la exigibilidad de las obligaciones dinerarias o monetarias en él contenidas. Para tal efecto, bastará la declaración de incumplimiento por parte de la parte cumplida y la exhibición de la documentación pertinente ante el juez competente. Las partes renuncian expresamente a la constitución en mora para los efectos aquí previstos.

Décima cuarta. Para las notificaciones a que haya lugar en relación con el presente contrato, las partes señalan las siguientes direcciones:

Empleador:
Atención: Raúl G. Riaño Cepeda
Dirección: Avenida 19 # 118-95 Ofc 513
Teléfono: 318 350 9706

Trabajador:
Atención: Angie Lindsay Cortés Romero
Dirección: Calle 2 # 89-35
Teléfono: 322 474 0648

Parágrafo. Para la validez de las comunicaciones se requiere que estas se realicen por escrito y sean enviadas a las direcciones aquí establecidas, ya sea mediante entrega personal, correo certificado con porte prepagado o correo electrónico. Dichas direcciones permanecerán vigentes hasta que se notifique su modificación por escrito.

Si la comunicación contiene un plazo o condición, este comenzará a contarse a partir del día siguiente a aquel en que sea enviada o recibida, según el medio utilizado. Cualquier cambio de dirección deberá notificarse con cinco (5) días hábiles de anticipación. En caso contrario, será válida la comunicación enviada a la última dirección conocida.

Scanned with CamScanner

Décima quinta. El presente contrato entrará en vigencia una vez sea suscrito por las partes.

En constancia de lo anterior, se firma el presente contrato en la ciudad de Bogotá D.C., a los siete (07) días del mes de enero del año dos mil veintiséis (2026), en dos (2) ejemplares del mismo tenor y valor, uno para cada una de las partes.

Empleador,

Raúl G. Riaño Cepeda
C.C. 79.988.897
Representante Legal
DINPROING LTDA

Trabajador,

Angie Lindsay Cortés Romero
C.C. 1.030.642.124
Profesional HSE

Proyecto: Abogado Diego Barbosa

Scanned with CamScanner

CONSTANCIA DE AFILIACIÓN TRABAJADOR

Colmena Seguros se permite dar constancia que el(la) trabajador(a) mencionado(a) a continuación se encuentra afiliado(a) a esta administradora, bajo los siguentes datos:

NOMBRE:	CORTES ROMERO ANGIE LINDSAY
IDENTIFICACIÓN:	CC 1030642124
INICIO VIGENCIA:	08/01/2026
TIPO DE TRABAJADOR:	Dependiente
CARGO:	RESIDENTE SST
SALARIO:	3.520.000
ESTADO ACTUAL:	VIGENTE
CLASE:	5
TASA:	6,96

DATOS COTIZANTE

RAZON SOCIAL:	DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA
CC /NIT:	NI 822005946
CONTRATO:	1202999
SEDE:	PRINCIPAL
CENTRO DE TRABAJO:	PRINCIPAL
INICIO VIGENCIA:	01/10/2024
ESTADO ACTUAL:	ACTIVO

La presente se expide a los 07 días del mes de enero del año 2026.

Cualquier información adicional que se requiera sobre los datos contenidos en el presente documento, no dude en consultarla a través de nuestra Línea Efectiva 01-8000-9-19667 gratis a nivel nacional o al teléfono 4010447 en Bogotá.

Cordialmente.



Gerente de Servicio

Colmena Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA Colmena Seguros de Vida S.A. | Colmena Seguros Riesgos Laborales S.A.

El presente documento fue expedido desde el portal de Internet de **Colmena Seguros**, el día 07/01/2026 11:14:18. Las operaciones realizadas a través de la página de Internet de **Colmena Seguros**, se rigen por los términos y condiciones de uso de esta página, por las normas del Código de Comercio y por la ley 527 de 1999 y por lo tanto, tienen plena validez jurídica.

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Aliansalud eps

No. De Radicado	Fecha de Radicado
	D D M M A A A A 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE (Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo)

1. Tipo de trámite	2. Tipo de afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria
A. Afiliación [X] B. Reporte de Novedades [ ]	A. Individual: - Cotizante o Cabeza de Familia [ ] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [ ] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]

5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Cotizante [ ] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [ ] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer apellido: Cortes	Segundo apellido: Romero	Primer nombre: Angie	Segundo nombre: Lindsay

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	1030642124	Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento						15. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio		D D M M A A A A: 25/06/1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría de discapacidad
		SI [ ] NO [ ]	

19. Tiene encuesta SISBEN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
SI [ ] NO [ ]	Nivel: Grupo:	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
Suva	Colpensiones	3520000	

26. Residencia

Dirección	Teléfono Fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio/ Distrito	Localidad/Comuna	Zona
Bogotá		Cundinamarca	Cabecera Municipal [ ] Centro Poblado [ ] Rural Disperso [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento						34. Fecha de nacimiento
País		Departamento		Municipio		D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

RADICADO PARA ESTUDIO EPS REGIONAL CHAPINAMARCA
AGENTE COMERCIAL SOLUCIONES EFECTIVA SAS

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación				41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	NB	otro	cual	País	Departamento	Municipio	D D M M A A A A
B1														
B2														
B3														
B4														
B5														

Datos complementarios del Beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. Incapacidad permanente	
					SI	NO	Nivel	Grupo	SI	NO	Categoría de discapacidad	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/ Distrito	Zona: Cabecera Municipal	Centro Poblado	Rural disperso	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS	54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
Diprong	NIT	822005946	

59. Ubicación					
Dirección	Teléfono fijo o Celular: 8070417	Correo electrónico	Departamento: BOGOTA, CUNDINAMARCA	Municipio/ Distrito	

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.642.124**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 7 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá DC. 7 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 7/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1030642124
Nombres y Apellidos	ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 822005946
Razón Social Empleador	DESARROLLO INTEGRAL PROYECT
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	8/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	7/1/2026
Cargo	profesional hse
Horas Labor Mes	235
Sueldo básico	$ 3520000

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

25afKr7aS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

DINPROING	SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGUIRDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Codigo: SG-SST-F-003
		Versión: 1
	ENTREGA Y REPOSICIÓN DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL (EPP)	PAGINA: 1 DE 1

Realizado por: Angie Cortés Romero	Revisado por: Juan Diego Acosta	Aprobado por: Raul Riaño Cepeda

ELEMENTOS DE PROTECCION PERSONAL (EPP) ENTREGADOS

TRABAJADOR ANGIE CORTÉS R. | CÉDULA 1.030.642.124 | CARGO PROFESIONAL SST.

FECHA	NOMBRE DEL EPP	CANTIDAD	TIPO DE ENTREGA		FIRMA RECIBIDO
			PRIMERA VEZ	REPOSICIÓN	
8 ENERO 2026	CASCO BLANCO	1	X		Angie Cortés R
8 ENERO 2026	BOTAS DE SEGURIDAD	1	X		Angie Cortés R
8 ENERO 2026	CAMISA CORPORATIVA	2	X		Angie Cortés R.

Observaciones :

DATOS DEL RESPONSABLE DE LA ENTREGA DE LOS ELEMENTOS

NOMBRE	Juan Diego Acosta	CEDULA No.	1000.794.951
CARGO	Coordinador de proyectos	FIRMA	

COMPROMISO

Me comprometo a utilizar durante la jornada laboral los elementos de proteccion personal recibidos y mantenerlos en buen estado, dando cumplimiento a las normas de seguridad y salud en el trabajo que contribuyen a mi bienestar fisico, psicológico y social. Declaro que he recibido información sobre el uso adecuado de los mismos.

Mediante el uso adecuado de los equipos y elementos de protección personal (EPP), incluyendo la ropa de trabajo, doy cumplimiento a mis deberes como trabajador, conforme a la siguiente normatividad: Código Sustantivo del Trabajo, artículos 56 y 58 numeral 7; Ley 9 de 1979, artículo 88; y Decreto 1295 de 1994, artículo 22.
Reconozco que soy responsable del uso adecuado, cuidado y preservación de los EPP suministrados. El incumplimiento de esta obligación me expone a faltas disciplinarias o penales, frente a las cuales la empresa DINPROING LTDA podrá determinar y aplicar las acciones correctivas correspondientes.
El presente compromiso quedará archivado en el Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo (SG-SST), dando cumplimiento a lo establecido en el Decreto 1072 de 2015, Capítulo 6. Así mismo, autorizo la verificación y el seguimiento del uso adecuado y cuidado de los EPP. En caso de demostrarse que el deterioro o la pérdida de

El presente compromiso aplica para los elementos de protección personal entregados.

RECIBE EL ELEMENTO LEE EL COMPROMISO Y LO ACEPTA

Scanned with CamScanner

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-05

Nombres y apellidos:ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO **CC:**1030642124
Fecha de nacimiento:25/06/1994 **Edad:**31 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA **Fecha ingreso:**2026-01-05 / 07:02:58
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2026-01-05 / 12:20:30
Cargo:PROFESIONAL SISO **Actividad Económica:**
Departamento:BOGOTÁ D.C. **EPS:**NO REFIERE
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA EL CARGO
:

SE SUGIERE CONTROL PROGRAMAS VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA:
CONDICIÓN VISUAL:

RECOMENDACIONES:
VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

La presente certificación se expide en base a la historia clínica ocupacional del trabajador, la cual tiene carácter confidencial y su manejo está regulado por la Resolución 1995 de 1999, Resolución 2346 de 2007, Resolución 1918 de 2009. Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización del contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.

JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 20727
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico

ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO
CC: 1030642124
Firma del paciente

Cendiatra

RECOMENDACIONES MÉDICAS OCUPACIONALES

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-05

Nombres y apellidos:ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO **CC:**1030642124
Fecha de nacimiento:25/06/1994 **Edad:**31 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA **Fecha ingreso:**2026-01-05 / 07:02:58
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2026-01-05 / 12:20:30
Cargo:PROFESIONAL SISO **Actividad Económica:**
Departamento:BOGOTÁ D.C. **EPS:**NO REFIERE
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



Las presentes recomendaciones se expiden con base a su historial clínico ocupacional.
Recomendaciones generales, laborales y extralaborales:

1. VALORACIÓN OPTOMÉTRICA: CONTROL ANUAL

JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 20727
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico

ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO
CC: 1030642124
Firma del paciente

Firma responsable del SG-SST de la empresa.

Cendiatra

CERTIFICADO EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS

SEDE:CENDIATRA NORTE 106 **DIRECCIÓN:**Autopista Norte # 106-93, Pasadena **CIUDAD DE LA SEDE:**BOGOTÁ

TELÉFONO:6017464727 - 6017562592 **EMAIL:**citas.norte1@cendiatra.com **FECHA EXAMEN:**2026-01-05

Nombres y apellidos:ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO **CC:**1030642124
Fecha de nacimiento:25/06/1994 **Edad:**31 **Sexo:**FEMENINO
Empresa:DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA **Fecha ingreso:**2026-01-05 / 07:09:11
Empresa usuaria: **Fecha salida:**2026-01-05 / 12:21:01
Cargo:PROFESIONAL SISO **Actividad Económica:**
Departamento:BOGOTÁ D.C. **EPS:**NO REFIERE
ARL:
Fondo de Pensiones:PORVENIR



EXÁMENES REALIZADOS

- EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE PRE INGRESO
- EXAMEN MEDICO DE APTITUD PARA TRABAJO EN ALTURAS
- AUDIOMETRIA OCUPACIONAL
- VISIOMETRIA
- PERFIL LIPIDICO
- GLUCOSA EN SUERO, U OTRO FLUIDO DIFERENTE A ORINA

CONCEPTO DE APTITUD: APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS
:

Acepto las anteriores valoraciones Médicas realizadas, hago constar que la información suministrada sobre mi condición de salud es verdadera, y me comprometo a cumplir las recomendaciones y las restricciones a que haya lugar. Cualquier omisión o falsedad será causa justa de finalización de contrato. Artículo 62 CST. La firma de este documento no significa aceptación de los conceptos médicos expresados y de su contenido. Sirve adicionalmente para constatar quien presento la valoración.



JHON HERNANDEZ RIVERA
CC: 20727
RM: 20727
LIC-SST: 20727
Firma y sello del médico



ANGIE LINDSAY CORTES ROMERO
CC: 1030642124
Firma del paciente

Bogotá, D.C., enero 10 de 2026

Señor(a)

ANGIE LINDSAY CORTÉS ROMERO
PROFESIONAL SISO

ASUNTO: COMPROMISO SEGÚN CONCEPTO MÉDICO RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES MEDICO LABORALES.

Respetado(a) señor(a):

Por medio de la presente, nos permitimos informarle que la empresa ha recibido las recomendaciones generadas por la **IPS CENDIATRA** como consecuencia del **EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL PRE INGRESO** que se le practicó, según lo estipulado por la RESOLUCIÓN 1843 del 29 de abril de 2025, en lo relacionado con las evaluaciones médicas ocupacionales.

De acuerdo con el Certificado Médico Ocupacional de Pre ingreso realizado el **05/01/2026**, su resultado de aptitud para seguir desempeñando su labor es **APTO Y SIN RESTRICCIONES PARA TRABAJO EN ALTURAS.**

En efecto, con el fin de contribuir a su adaptación y/o reubicación en su labor, la Empresa **DESARROLLO INTEGRAL PROYECTOS INGENIERIA LIMITADA** acata las recomendaciones emitidas por medicina laboral, las cuales deben ser tenidas en cuenta por usted a partir de la fecha en el desarrollo de sus funciones como **PROFESIONAL SISO**.

RECOMENDACIONES

- ✓ Valoración optométrica: Control anual

De acuerdo con lo anterior, nos permitimos informarle que a partir de la fecha usted deberá iniciar valoración médica con su EPS. Así mismo, deberá entregar las recomendaciones de la EPS a su jefe inmediato, con el fin de brindarle acompañamiento en su proceso de rehabilitación médica. Igualmente, deberá notificarle los documentos que certifiquen sus controles médicos. Esta información será remitida al área de Seguridad y Salud en el Trabajo (SST).

Scanned with CamScanner

Las recomendaciones laborales citadas en este documento deberán ser acatadas por usted hasta la emisión de nuevos direccionamientos de medicina laboral.
En constancia de lo tratado, se firma este documento por parte de las personas que han intervenido:

El trabajador,

Angie Cortés Romero
ANGIE LINDSAY CORTÉS ROMERO
CC. 1.030642124
Cargo: PROFESIONAL SISO
V.o.B.o

Angie Cortés Romero
Profesional SST
Lic.29484-12-11-2025
ANGIE LINDSAY CORTÉS ROMERO
PROFESIONAL SG - SST

JUAN DIEGO ACOSTA AVILA
COORDINADOR DE PROYECTOS

Scanned with CamScanner

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:53:15 horas del 21/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1030642124,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **DINPROING LTDA**, con NIT **822005946-7** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NUMERO **1.024.560.622**

DIAZ OBANDO

APELLIDOS

JOHAN ANDRES

NOMBRES



Johan Andres Diaz Obando

FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **15-DIC-1994**

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.63 ESTATURA

A+ G.S. RH

M SEXO

12-FEB-2013 BOGOTA D.C.

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VÁCHA

P-1500150-00991276-M-1024560622-20180329 0060589387A 1 9903787706

Construcciones C2P S.A.S NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JOHAN DIAZ OBANDO	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.1024560622

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	08	01	2026	X							X	X				X		X		X			X	X	JHOAN DIAZ
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

JOHAN ANDRES DIAZ OBANDO

C.C. 1024560622 R.H: A+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 06-ABRIL-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaria General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

JOHAN ANDRES DIAZ OBANDO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1024560622

TSA - 14539

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA DURACIÓN DE 32 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca del 03 enero 2026 a 06 enero 2026, se expide en Chía Cundinamarca el 06 enero 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que JOHAN ANDRES DIAZ OBANDO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1024560622, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 03/01/2026 a 06/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN

NOMBRE COMPLETO Jonas andres Diaz obando	CARGO Operario
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE CNEE	NOMBRE DEL CONTRATISTA C.A.I

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Cuidar accidentes para el empleado y buenos trabajos ✓ 0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Señalizaciones que sirven de peligro señales de obligatoriedad ✓ 0.42
Nombre sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir y acatar todas las normas del procedimiento y reportar cualquier ✓ 0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Caídas al mismo y distinto nivel golpes caídas fracturas ✓ 0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	no usar los elementos de protección personal como debemos trabajar en un espacio ✓ 0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	Cables descalzos en mal estado herramientas en mal estado ✓ 0.42

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓ 0.42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	?	0.42
COMITE DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	✗	0.42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	✗	0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓ 0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓ 0.42

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCION
	Yudica Andrea	15/01/26

NOTA	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
60	SI / NO		

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	13/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Johan. Diaz	Cédula:	1024560622
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	GP
NOMBRE DEL CONTRATISTA	C2P.	CARGO	Tecnico

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN ☑ RE-INDUCCIÓN ☐

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad especifica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA [signature]	NOMBRE: Johan Diaz CARGO: Tecnico
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Johan andres Diaz Obando

IDENTIFICADO CON C.C : 1024560622

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operario

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [ ] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [ ] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [ ] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 13/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Johan andres D. O.	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 06 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1024560622	DIAZ OBANDO JOHAN ANDRES	07/01/2026		21838G93	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/01/2026 21:33:16 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.194.161.106, 192.230.104.12, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 07 MES 01 AÑO 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE — Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE	2. TIPO DE AFILIACIÓN	3. RÉGIMEN
A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]	A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	5. TIPO DE AFILIADO	6. TIPO DE COTIZANTE	7. CÓDIGO
SI [ ] NO [X]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIAZ	OBANDO	JOHAN	ANDRES

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1024560622	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIANO	PAÍS: COLOMBIA — DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. — MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	DÍA 15 MES 12 AÑO 1994

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.750.905			3108198127	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
TRANSVERSAL 9 ESTE # 45A - 47	# -	JESIROJAS611@GMAIL.COM	CUNDINAMARCA

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
SOACHA	QUINTANARES	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS — DEPARTAMENTO — MUNICIPIO	DÍA — MES — AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.	NI - Número Identificación Tributaria	901340675	3123361369	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CALLE 37 # 16 - 29 # -	CONSTRUCCIONESC2PSAS@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

RADICADO 07-01-2026 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
    A) MISMO RÉGIMEN
    B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
DIAZ	OBANDO	JOHAN	ANDRES

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1024560622	F [ ] M [X]	F [ ] M [X] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA 15 MES 12 AÑO 1994		DÍA 06 MES 01 AÑO 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
    b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Johan Andres Diaz	Carol Carrero

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: [ ] Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ] Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD		Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

JOHAN ANDRES DIAZ OBANDO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.024.560.622**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá DC. 8 de Enero de 2.026

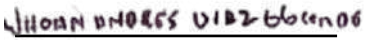
CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 8/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1024560622
Nombres y Apellidos	JOHAN ANDRES DIAZ OBANDO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	6/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	8/1/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1750905



Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

qCgqsRjES

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

Bogotá, Cundinamarca. 14 de Enero 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS, a nuestro colaborador **EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.024.577.999.

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

EL CONTRATANTE.

EL CONTRATADO.

Powered by CamScanner

IPS Servicios Médicos Especializados E&P S.A.S

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 9015761030
Dirección: Cra 58 # 80-26
Teléfono: 6017664556
Email: ipsep.sas@gmail.com

Información General

N° Ingreso	145704	**Fecha Impresión**	2026-01-14
Fecha Ingreso	2026-01-14 12:33:20	**Nombre**	EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ
CC	1024577999	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1996-12-23	**Edad**	29 años
Dirección		**Teléfono**	3195029779
Estado Civil	Soltero(a)	**N° Hijos**	0
Fecha Salida	2026-01-14 12:54:58	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Empresa Contratante	CONSTRUCCIONES C2P SAS		
Nit Empresa Contratante	901340675	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		

Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
VISIOMETRIA	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
AUDIOMETRIA	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL		

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE HIGIENE POSTURAL CUALQUIER OMISION EN LA INFORMACION INDAGADA DURANTE LA CONSULTA MEDICA FRENTE A SU HISTORIAL CLINICO, EXIME AL MEDICO DE CUALQUIER RESPONSABILIDAD FRENTE A EVENTOS QUE SUCEDAN DURANTE EL EJERCICIO DE SU LABOR Y SE CONSIDERA UNA FALTA GRAVE

Recomendaciones Especificas Empresa

Incluir en programas de vigilancia de acuerdo a los riesgos laborales prioritarios para el cargo definidos en la matriz de riesgos de la empresa.

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliara en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: EDISSON IGNACIO VANEGAS HERNANDEZ
CC 1024577999

Powered by CamScanner

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:12:31 horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1024560622,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **JOHAN ANDRES DIAZ OBANDO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1.024.560.622 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.750.905 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 06 de Enero del 2026 al 06 de Abril de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **06 de ENERO de 2026.**

EL CONTRATANTE.

EL CONTRATADO.

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.030.597.722

CARO ROMERO

APELLIDOS

OSCAR LEONARDO

NOMBRES

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 04-MAY-1991

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

04-SEP-2009 BOGOTA D.C
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00392218-M-1030597722-20120809 0030769208A 1 2191893449

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: OSCAR CARO ROMERO	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.1030597722

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	08	01	2026	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

OSCAR LEONARDO CARO ROMERO

C.C. 1030597722 R.H: O+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 06-ABRIL-2026

Este carné le identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

OSCAR LEONARDO CARO ROMERO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1030597722

TSA - 14541

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA DURACIÓN DE 32 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca del 03 enero 2026 a 06 enero 2026, se expide en Chía Cundinamarca el 06 enero 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que OSCAR LEONARDO CARO ROMERO, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1030597722, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 03/01/2026 a 06/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

Bogotá, Cundinamarca. 07 de Enero 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por PREVSALUD IPS S.A.S, a nuestro colaborador **OSCAR LEONARDO CARO ROMERO**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.030.597.722.

RECOMENDACIONES MEDICAS.

Control con EPS preventiva, Uso de EPPS y Medicina preventiva.

RECOMENDACIONES OCUPACIONALES.

SVE Auditivo, Pausas activas e higiene postural y Protección auditiva.

HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES.

Controles con EPS y Hábitos saludables.

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.

Control medico rutina eps/ realizar pausas activas, uso de epp frente a la pandemia de covid-19 seleccionados en función del peligro para el trabajador. No manifista signos y sintomas relacionados con el sondrome respiratorio agudo severo (SRAS-COV 2), no presenta morbilidades preexistentesidentificadas como factores de riesgo para covid-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el pro pósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÓN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCIÓN

NOMBRE COMPLETO Oscar Leonardo Cano Roman	CARGO Operario
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la inducción a su puesto de trabajo

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Para Prevenir accidentes y Enfermedades laborales
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Señal de obligatoriedad Como Casco, Gafas Señal de obligatoriedad Como Casco, Guantes
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de seguridad y salud en el trabajo.	Cuidar todas las normas y Procedimientos y Reportar Cualquier acto
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Caidas al mismo y distinto nivel Golpes Cortes Fracturas
Escriba un ejemplo de acto inseguro	No usar los elementos de Proteccion Personal
Escriba un ejemplo de condición insegura	Medio es como utilizar algo que no este en buen estado

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

Oscar Cano	Tuglio Andres	13/01/26
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCION
NOTA 5.0	APROBÓ SI / NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ___ NO X
		NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	13/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Oscar Leonardo Oro R	Cédula:	1030.5[illegible]7222
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	CNE
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Operario

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

- No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
- Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
- Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
- Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
- Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA: Oscar Oro	NOMBRE: Oscar Oro CARGO: Operario
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

Medellín, 06 de January de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C1030597722	CARO ROMERO OSCAR LEONARDO	07/01/2026		16617622	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 06/01/2026 21:28:38 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.194.161.106, 192.230.104.12, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

nueva eps
gente cuidando gente
NIT. 900.156.264-2

FECHA DE RADICACIÓN DÍA 07 MES 01 AÑO 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea atentamente las instrucciones antes de diligenciar este formulario

1. TIPO DE TRÁMITE: A. AFILIACIÓN [ ] B. REPORTE DE NOVEDADES [X]

2. TIPO DE AFILIACIÓN: A. Individual: a) Cotizante o cabeza de familia [X] b) Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]

3. RÉGIMEN: A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]

4. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA: SI [ ] NO [X]

5. TIPO DE AFILIADO: A. Cotizante [X] B. Cabeza de Familia [ ] C. Beneficiario [ ] D. Afiliado adicional [ ]

6. TIPO DE COTIZANTE: A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]

7. CÓDIGO

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (Del cotizante o cabeza de familia)

8. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CARO	ROMERO	OSCAR	LEONARDO

9. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	10. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	11. SEXO BIOLÓGICO	12. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1030597722	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

13. NACIONALIDAD	14. LUGAR DE NACIMIENTO	15. FECHA NACIMIENTO
COLOMBIANO	PAÍS: COLOMBIA / DEPARTAMENTO: BOGOTA D.C. / MUNICIPIO: BOGOTA D.C.	DÍA 28 MES 02 AÑO 1982

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

16. ETNIA	17. COMUNIDAD INDÍGENA	18. DISCAPACIDAD	CAT. DE DISCAPACIDAD	19. TIENE ENCUESTA SISBÉN?	20. CLASIFICACIÓN SISBÉN	NIVEL	GRUPO	21. GRUPO POBLACIÓN ESPECIAL	22. ARL
6		SI [ ] NO [X]	N/A	SI [ ] NO [X]					SURA - CIA. SURAMERICANA D

23. AFP	24. IBC	25. TARIFA CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA	26. RESIDENCIA	TELÉFONO CELULAR	TELÉFONO FIJO
PORVENIR	$ 1.750.905			3104807278	

DIRECCIÓN	COMPLEMENTO DIRECCIÓN	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO
CR 14 ESTE #48 60 # -		CAROROMEROMAICOL@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.

MUNICIPIO/ DISTRITO	LOCALIDAD/COMUNA	ZONA	IPS
BOGOTA D.C.	BOGOTA	CABECERA MUNICIPAL [X] CENTRO POBLADO [ ] RURAL DISPERSO [ ] RESTO RURAL [ ]	

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR – Datos de identificación del beneficiario (Cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante)

27. APELLIDOS Y NOMBRES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

28. TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	29. NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	30. SEXO BIOLÓGICO	31. SEXO IDENTIFICACIÓN
		F [ ] M [ ]	F [ ] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

32. NACIONALIDAD	33. LUGAR DE NACIMIENTO	34. FECHA NACIMIENTO
	PAÍS / DEPARTAMENTO / MUNICIPIO	DÍA / MES / AÑO

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

	35. APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS DE LOS BENEFICIARIOS	36. TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	37. NÚMERO DE IDENTIDAD	38. NACIONALIDAD	39. SEXO F	39. SEXO M	40. SEXO IDENTIFICACIÓN F	M	T	NB	Otro?	41. LUGAR DE NACIMIENTO PAÍS	DEPART.	MUNICIPIO	42. FECHA DE NACIMIENTO DÍA	MES	AÑO
B1																	
B2																	
B3																	
B4																	
B5																	

	Datos complementarios del Beneficiario 43. PARENTESCO	44. ETNIA	45. COMUNIDAD	46. GRUPO DE POBLACIÓN ESPECIAL	47. TIENE ENCUESTA SISBÉN? SI	NO	48. CLASIFICACIÓN SISBÉN NIVEL	GRUPO	49. DISCAPACIDAD SI	NO	CATEGORÍA DE DISCAPACIDAD	50. INCAPACIDAD PERMANENTE SI	NO	51. Datos de residencia DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/ DISTRITO	ZONA CABECERA MUNICIPAL	CENTRO POBLADO	RURAL DISPERSO	RESTO RURAL
B1							I. II.												
B2							I. II.												
B3							I. II.												
B4							I. II.												
B5							I. II.												

	TELÉFONO FIJO Y/O CELULAR	52. VALOR DE LA UPC DEL AFILIADO ADICIONAL	DIRECCIÓN	LOCALIDAD/ COMUNA	CORREO ELECTRÓNICO	53. IPS	54. CÓDIGO DE LA IPS (A REGISTRAR POR LA EPS)
B1							
B2							
B3							
B4							
B5							

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES Y/O INDEPENDIENTE POR PRESTACIÓN DE SERVICIO O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

55. Nombre o razón social	56. Tipo documento de identificación	57. Número del documento de identificación	TELÉFONO FIJO O CELULAR	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.	NI - Número Identificación Tributaria	901340675	3123361369	

59. Dirección	CORREO ELECTRÓNICO	DEPARTAMENTO	MUNICIPIO/DISTRITO
CALLE 37 # 16 - 29 # -	CONSTRUCCIONESC2PSAS@GMAIL.COM	BOGOTA D.C.	BOGOTA D.C.

RADICADO 07-01-2026 AFILIACIÓN SUJETA A VERIFICACIÓN

B. REPORTE DE NOVEDADES

59. TIPO DE NOVEDAD

1. MODIFICACIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
2. CORRECCIÓN DE DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN [ ]
3. ACTUALIZACIÓN DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD [ ]
4. ACTUALIZACIÓN Y/O CORRECCIÓN DE DATOS COMPLEMENTARIOS [ ]
5. TERMINACIÓN DE LA INSCRIPCIÓN EN LA EPS Código: _____ [ ]
6. REPORTE DE PAGO A TRAVÉS DE UN TERCERO Código: _____ [ ]
7. INCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
8. EXCLUSIÓN DE BENEFICIARIOS O DE AFILIADOS ADICIONALES [ ]
9. INICIO DE RELACIÓN LABORAL O ADQUISICIÓN DE CONDICIONES PARA COTIZAR PARA SEGUIR COTIZANDO [ ]
10. TERMINACIÓN DE LA RELACIÓN LABORAL O PÉRDIDA DE LAS CONDICIONES [ ]
11. INSCRIP CIÓN EPS RETORNO AL PAÍS.1. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
12. VINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
13. DESVINCULACIÓN A UNA ENTIDAD AUTORIZADA PARA REALIZAR AFILIACIONES COLECTIVAS [ ]
14. MOVILIDAD [ ]
    A) AL RÉGIMEN CONTRIBUTIVO
    B) AL RÉGIMEN SUBSIDIADO
15. TRASLADO [ ]
    A) MISMO RÉGIMEN
    B) DIFERENTE RÉGIMEN
16. REPORTE DE FALLECIMIENTO [ ]
17. REPORTE DEL TRÁMITE DE PROTECCIÓN AL CESANTE [ ]
18. REPORTE DE LA CALIDAD DE PREPENSIONADO [ ]
19. REPORTE DE LA CALIDAD DE PENSIONADO [ ]
20. INGRESO A CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]
21. RETIRO DE CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA. [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

61. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
CARO	ROMERO	OSCAR	LEONARDO

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	62. SEXO BIOLÓGICO	63. SEXO IDENTIFICACIÓN
CC - Cédula de Ciudadanía	1030597722	F [X] M [ ]	F [X] M [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual?

64. FECHA NACIMIENTO	65. EPS ANTERIOR	66. FECHA DE NOVEDAD	67. MOTIVO DE TRASLADO Código	68. CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR O PAGADOR DE PENSIONES
DÍA 28 MES 02 AÑO 1982		DÍA 06 MES 01 AÑO 2026		

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales: Declaro bajo la gravedad de juramento que el(los) Beneficiario(s) reportado(s) dependen económicamente de mi. [X]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. Anexo soporte de la Entidad [ ]
72. Declaración de no intermediación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [X]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [X]
75. Autorizo para que la EPS realice el manejo de los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [X]
76. a). Autorizo mi consentimiento explícito para que Nueva EPS establezca comunicación a través de SMS, EMAIL, Página Web, Notificaciones App, Llamadas Telefónicas, WhatsApp y otros canales, para recibir mensajes informativos. [X]
    b). Autorización para que la EPS me contacte con fines netamente informativos sobre la prestación de servicios de salud dentro de los horarios regulares, incluso si estoy registrado en el "Registro de Números Excluidos" (RNE). [X]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	NÚMERO DOCUMENTO DE IDENTIDAD

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia, beneficiario cuando aplique o afiliado adicional	81. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Oscar Leonardo Caro	Carol Carrero

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad: CN [ ] MS [ ] RC [ ] TI [ ] CC [ ] CE [ ] SC [ ] PA [ ] CD [ ] AS [ ] PT [ ] — Cantidad: Total [ ]
83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres. [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del artículo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016 [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en las que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ] Total Anexos [ ]

XI. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIONES RESPONSABLES DE POBLACIONES ESPECIALES

92. IDENTIFICACIÓN DE LA ENTIDAD TERRITORIAL	Código del Municipio	Código del departamento	93. NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN

XII. DATOS DE LA INSTITUCIÓN Y DEL FUNCIONARIO QUE VALIDA LA INFORMACIÓN.

94. APELLIDOS Y NOMBRES

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

TIPO DOCUMENTO DE IDENTIDAD	Número del documento de identidad	95. FIRMA DEL FUNCIONARIO	96. FECHA DE RADICACIÓN DÍA	MES	AÑO	97. FECHA DE VALIDACIÓN DÍA	MES	AÑO

OBSERVACIONES:

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

- ORIGINAL: E.P.S. -

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR

NIT 800.144.331-3

CERTIFICA QUE:

OSCAR LEONARDO CARO ROMERO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **1.030.597.722**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir y al Fondo de Cesantías Porvenir**.

La presente certificación se expide el 6 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá DC. 8 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 8/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1030597722
Nombres y Apellidos	OSCAR LEONARDO CARO ROMERO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	6/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	8/1/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1750905



Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

mgVHe7Q6S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

escanea y verifica tu examen

PREVSALUD IPS SAS

WWW.PREVSALUDIPS.COM

PREVSALUDIPS@GMAIL.COM

PREVSALUD IPS

CONCEPTO MEDICO OCUPACIONAL

DIA	MES	AÑO	CIUDAD DE REALIZACION DEL EXAMEN	CODIGO	18709
6	1	2026	BOGOTÁ (BOGOTÁ D.C., COLOMBIA)	EXAMEN TRABAJO SEGURO EN ALTURAS E INGRESO	
			Ciudad	TIPO DE EXAMEN	

CONSTRUCCIONES C2P

NOMBRE DE LA EMPRESA

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de Identificación CC. Cedula de Ciudadania, CE. Cedula de Extranjería, TI. Tarjeta de Identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
OSCAR LEONARDO CARO ROMERO	MASCULINO	34	Tipo: CC	Número: 1030597722

Ocupacion	Peso	ESTATURA
OPERARIO	70KG	1,70

APTO PARA LABORAR EN ALTURA	SI	X	CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL **CON CAPACIDAD PARA LABORAR-PARA EL CARGO** Observaciones: *SIN RESTRICCION PARA EL CARGO - PARA ALTURAS*
	NO		

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES
SIN RESTRICCIONES LABORALES	NO	NO APLICA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

AUDIOMETRIA	✓	COLESTEROL TOTAL	✓
OPTOMETRIA	✓	TRIGLICERIDOS	✓
ESPIROMETRIA	✓	PSICOSENSOMETRICO	✓

RECOMENDACIONES MÉDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLES
CONTROL CON EPS PREVENTIVA	SVE AUDITIVO	CONTROLES CON EPS
USO DE EPPS	PÁUSAS ACTIVAS E HIGIENE POSTURAL	HABITOS SALUDABLES
MEDICINAPREVENTIVA	PROTECCIÓN AUDITIVA	

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

CONTROL MEDICO RUTINA EPS/ REALIZAR PAUSAS ACTIVAS, USO DE EPP FRENTE A LA PANDEMIA DE COVID-19 SELECCIONADOS EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. NO MANIFISTA SIGNOS Y SINTOMAS RELACIONADOS CON EL SONDROME RESPIRATORIO AGUDO SEVERO (SRAS-COV 2), NO PRESENTA MORBILIDADES PREEXISTENTESIDENTIFICADAS COMO FACTORES DE RIESGO PARA COVID-19 SEGÚN CIRCULAR 030 DEL 8 DE MAYO DEL 2020.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocup acional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el pro pósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

Aspirante o Trabajador

Firma: Oscar Romero

PREVSALUD IPS

Médico

Firma: Juan Camilo Romero

Nombre: Juan Camilo Romero

R. M.: N 75.424.952 T.S.O.: SO 12436

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: OSCAR · Leonardo · Carranza

IDENTIFICADO CON C.C : 1030597732

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficio

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [ ] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 13/01/26 en la ciudad de Bogotá D.C.

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA O.L.C.R	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria.

Scanned with CamScanner

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:55:18 horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1030597722,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **OSCAR LEONARDO CARO ROMERO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1.030.597.722 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.750.905 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 06 de Enero del 2026 al 06 de Abril de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **06 de ENERO de 2026.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com



FECHA DE NACIMIENTO 17-JUN-1989

BOGOTA D.C
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.76
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

25-JUN-2007 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICIÓN

REGISTRADOR NACIONAL
ALEXANDER VEGA ROCHA

INDICE DERECHO

A-1500150-01121991-M-1030557880-20191226 0069467788A 2 8500148278



REPÚBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACIÓN PERSONAL
CÉDULA DE CIUDADANÍA

NÚMERO 1.030.557.880

ROMERO GARCIA

APELLIDOS

RAUL ESTEBAN

NOMBRES

Raul Romero

FIRMA

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: RAUL ROMERO GARCIA	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.1030557880

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	08	01	2026	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA

C.C. 1030557880 R.H: O+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 06-ABRIL-2026

Este carné le identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano.

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 1030557880

TSA - 14543

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

CON UNA DURACIÓN DE 8 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca el 07 enero 2026, se expide en Chía Cundinamarca el 07 enero 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

LYZ YADIRA DIAZ LOPEZ
ENTRENADOR TSA
RES. No 8293 - 2022

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1030557880, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: LYZ YADIRA DIAZ LOPEZ
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 08/01/2026 a 08/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Raul. esteban. Ramero	CARGO	operario.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CAP

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Garantizar la seguridad y salud de los trabajadores mediante la identificacion y prevencion y control de los riesgos del ambiente laboral.
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	· Señalizacion obligatoria. · Señalizacion de emergencia · Señalizacion prohibit
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir con las normas de Seguridad Uso de EPP, Reporte de condiciones y actos inseguros. participar en capacitaciones. y cuidar mi Seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Riesgo. Locativo. Riesgo Mecanico Riesgo vial.
Escriba un ejemplo de acto inseguro	cableado electrico expuesto en el. area de trabajo superficies desordenadas que pueden producir caidas al mismo nivel.
Escriba un ejemplo de condición insegura	el trabajador esta operando sin epp

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.		✓
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Hadia. Sanabria	15/01/26
NOTA: 5/1 — APROBÓ SI X. NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42 — 5/1

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	15 Enero 2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria.	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Raul. Esteban. Romero.	Cédula:	1030551880
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra.	CONTRATISTA:	C2P.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	C2P	CARGO	Operario

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN ☐ RE-INDUCCIÓN ☐

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	—
Normatividad específica del SST	✓	—	—
Responsabilidades frente al SG-SST	✓	—	—

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA [signature]	NOMBRE: Raul. Esteban Romero CARGO: Operario.
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Raul · Esteban · Garcia

IDENTIFICADO CON C.C : 1030527880

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operario

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito: exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☐ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☐ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☐ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☑ Otro

firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 15/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Raul.	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria.

Scanned with CamScanner

ARL | sura

Medellín, 17 de Enero de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1030557880	ROMERO GARCIA RAUL ESTEBAN	07/01/2026		23842311	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311396042601730963

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 17/01/2026 08:36:03 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.194.161.106, 192.230.104.12, 172.16.42.57

Powered by CamScanner

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 08 01 2026

I. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Tipo de afiliado	5. Tipo de cotizante	Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: • Cotizante o cabeza de Familia [X] • Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	A. Cotizante [X] B. Cabeza de familia [ ] C. Beneficiario [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN — II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante o cabeza de familia)

6. Apellidos y nombres			
ROMERO (Primer Apellido)	GARCIA (Segundo Apellido)	RAUL (Primer Nombre)	ESTEBAN (Segundo Nombre)

7. Tipo de documento de identidad	8. Número del documento de identidad	9. Sexo	10. Fecha de nacimiento
CC	1030557880	Femenino [ ] Masculino [X]	15 01 1975

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

11. Etnia	12. Discapacidad	13. Puntaje SISBÉN	14. Grupo de población especial	15. Administradora de riesgos laborales - ARL	16. Administradora de pensiones
	Tipo [F] [N] [M] Condición [T] [P]			SURA - CIA. SURAMERICANA DE SEGUROS	PROTECCION

17. Ingreso base de cotización - IBC	18. Residencia			
$ 1.750.905	CL 52 A SUR N80 A 87 (Dirección)		Teléfono fijo	3125631856 (Teléfono celular)

RAULESTEBAN_92@HOTMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio / Distrito)	Zona Urbana [X] Rural [ ]	BOGOTA (Localidad / Comuna)	BOGOTA D.C. (Departamento)

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR (Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante)

19. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

20. Tipo de documento de identidad	21. Número del documento de identidad	22. Sexo	23. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

24. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	25. Tipo de documento de identidad	26. Número del documento de identidad	27. Sexo Femenino	27. Sexo Masculino	28. Fecha de nacimiento	Datos complementarios: 29. Parentesco	Datos complementarios: 30. Etnia
B1					D D M M A A A A		
B2					D D M M A A A A		
B3					D D M M A A A A		
B4					D D M M A A A A		
B5					D D M M A A A A		

	31. Discapacidad Tipo F	N	M	Condición T	P	32. Datos de residencia: Municipio / Distrito	Zona Urbana	Zona Rural	Departamento	Teléfono fijo y/o celular	33. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1											
B2											
B3											
B4											
B5											

Selección de la IPS Primaria

	34. Nombre de la institución prestadora de servicios de salud - IPS	Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B		
B		
B		
B		
B		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR Y OTROS APORTANTES O DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA, INSTITUCIONAL O DE OFICIO

35. Nombre o razón social	36. Tipo de documento de identificación	37. Número del documento de identificación	38. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.	NIT	901340675	

39. Ubicación				
CALLE 37 # 16 - 29 (Dirección)	3123361369 (Teléfono)	CONSTRUCCIONESC2PSAS@GMAIL.COM (Correo electrónico)	BOGOTA D.C. (Municipio)	BOGOTA D.C. (Departamento)

B. REPORTE DE NOVEDADES

40. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS [ ] Código [ ] 6. Reinscripción en la EPS [X] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [ ] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 12. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 14. Traslado: A. Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 15. Reporte de fallecimiento [ ] 16. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 17. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 18. Reporte de la calidad de Pensionado [ ]

VI. DATOS PARA EL REPORTE DE LA NOVEDAD

41. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	Sexo	Fecha de nacimiento	42. Fecha novedad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	D D M M A A A A	06 01 2026

43. EPS anterior	44. Motivo de traslado	45. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

46. Declaración de dependencia económica de los beneficiarios o afiliados adicionales.	[ ]
47. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción.	[ ]
48. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios.	[ ]
49. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud.	[ ]
50. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.	[X]
51. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigentes y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran.	[X]
52. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013.	[X]
53. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto.	[X]

VIII. FIRMAS

54. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario	55. El empleador, aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio
Raul Esteban Romero	Carol Carrero

IX. ANEXOS

56. Anexo copia del documento de identidad:

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	Total
Cantidad:									

57. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.	[ ]
58. Copia del registro civil de matrimonio o de la Escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital.	[ ]
59. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la unión marital.	[ ]
60. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor.	[ ]
61. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia.	[ ]
62. Copia del documento en que conste la pérdida de la patria potestad o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres.	[ ]
63. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud.	[ ]
64. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.	[ ]
65. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.	[ ]

X. DATOS A SER DILIGENCIADOS POR LA ENTIDAD TERRITORIAL

66. Identificación de la Entidad Territorial		67. Datos del SISBÉN			68. Fecha de radicación	69. Fecha de validación
Código del municipio	Código del departamento	Número de la ficha	Puntaje	Nivel	D D M M A A A A	D D M M A A A A

70. Datos del funcionario que realiza la validación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	OBSERVACIONES:
71. Firma del funcionario		

VIGILADO Supersalud

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

cadena s.a. 05/04/2019 32325

- ORIGINAL ÚNICA -

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **ROMERO GARCIA RAUL ESTEBAN** identificado(a) con **CC** número **1.030.557.880** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 01 de junio de 2018 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 06 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

Bogotá DC. 8 de Enero de 2.026

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 8/1/2026, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1030557880
Nombres y Apellidos	RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	6/1/2026
Fecha de Ingreso a Compensar	8/1/2026
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1750905



Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

8JWWtfr7S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

IPS Servicios Médicos Especializados E&P S.A.S

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 9015761030
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: ipsep.sas@gmail.com

Información General

N° Ingreso	149977	**Fecha Impresión**	2026-02-26
Fecha Ingreso	2026-02-26 06:12:09	**Nombre**	RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA
CC	1030557880	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	SUPERVISOR	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1989-06-17	**Edad**	36 años
Dirección		**Teléfono**	3133351318
Estado Civil	Union Libre	**N° Hijos**	2
Fecha Salida	2026-02-26 09:17:03	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Empresa Contratante	CONSTRUCCIONES C2P SAS		
Nit Empresa Contratante	901340675	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
AUDIOMETRIA	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL		

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Específicas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HABITOS DE VIDA SALUDABLE USO DE CORRECCION OPTOMETRICA HIGIENE POSTURAL

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA
CC 1030557880

Powered by CamScanner

Bogotá, Cundinamarca. 26 de Febrero 2026

Señores:

Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones médicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E&P S.A.S, a nuestro colaborador **RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.030.557.880.

RECOMENDACIONES MÉDICAS.
Control con EPS preventiva, Uso de EPPS y Medicina preventiva.
RECOMENDACIONES OCUPACIONALES.
SVE Auditivo, Pausas activas e higiene postural y Protección auditiva.
HABITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
Controles con EPS y Hábitos saludables.
OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES.
Control medico rutina eps/ realizar pausas activas, uso de epp frente a la pandemia de covid-19 seleccionados en funcion del peligro para el trabajador. No manifiesta signos y síntomas relacionados con el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS-COV 2), no presenta morbilidades preexistentesidentificadas como factores de riesgo para covid-19 según circular 030 del 8 de mayo del 2020.

EL CONTRATANTE.

Raul Romero
EL CONTRATADO.

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y propósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el pro pósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y verídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislación vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislación, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he leído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 12:35:34 horas del 08/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1030557880,** Apellidos y Nombres **ROMERO GARCIA RAUL ESTEBAN**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **RAUL ESTEBAN ROMERO GARCIA**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1.030.557.880 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.750.905 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 06 de Enero del 2026 al 06 de Abril de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **06 de ENERO de 2026.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **1.022.934.884**

GONZALEZ MARTINEZ
APELLIDOS

JEANS ADRIAN
NOMBRES



FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **08-JUL-1987**

SAN JOSE DEL GUAVIARE
(GUAVIARE)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.70 ESTATURA | **O+** G.S. RH | **M** SEXO

12-JUL-2005 BOGOTA D.C.
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
JUAN CARLOS GALINDO VACHA

A-1500150-00806747-M-1022934884-20160330 **0049**115196A 1 1293856479

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: JEANS ADRIAN GONZALEZ	CARGO: INGENIERO DE OPERACIONES	C.C.1022934884

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	17	12	2025	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Jeans Adrian Gonzalez	CARGO	Ingeniero
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNE	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Cumplir con políticas SST, reglamentos y registros SST
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	- Señales de Emergencia - Señales Preventivas.
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	- Participar en Capacitaciones - Reportar Actos y Condiciones Inseguras
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	- Biomecanicos - Fisicos
Escriba un ejemplo de acto inseguro	- Pasar por piso mojado - Pasar por sitio sin estar autorizado
Escriba un ejemplo de condición insegura	- Sitio sin estar señalizado - Andamio mal armado

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	✓	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
		13/01/26

NOTA	APROBÓ		
5.0	SI	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	NO		

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Jens Adan Gracia

IDENTIFICADO CON C.C : 1022934884

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Ingeniero

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☐ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☐ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☐ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☐ Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 13/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Jens A. Gracia	Gerd W. Tamm
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
Jens G.	

Scanned with CamScanner

CERTIFICADO

DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS Y CONFINADOS

INSTITUTO RR

CENTRO DE ENTRENAMIENTO HACE CONSTAR QUE:

JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ

Identificado con

Cédula de ciudadanía Nº 1022934884

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P SAS
NIT: 901340675-8
R. LEGAL: MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
ARL: SURA

Cursó y aprobó la acción de formación en

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272

Realizado en Bogotá del (09) del mes de octubre de 2025 al (09) del mes de octubre de 2025 con una intensidad de 8 horas.

FRANKLIN JUNIOR VARELA MANOTAS
1045715684
Licencia en SO N° 6119

Edwin Johan Rivera
C.C. 1.023.911.376
Representante Legal
Instituto Educativo RR

13758

En testimonio de lo anterior, se firma en Bogotá a los (09) del mes de octubre de 2025

De conformidad con la AUTORIZACIÓN N° 08SE2024220000000051285 del 31 de Octubre de 2024 emitida por el ministerio de trabajo, con certificación de calidad #30.512-1 emitida por CELAC con acreditación 18-CPR-002, licencia en salud ocupacional LIC. SST Nº 17245 DE 7/05/2014 que autoriza a la empresa INSTITUTO RR S.A.S ubicada en Bogotá D.C en Cr 72D No.38 B Sur 57, con NIT 901807119. Para la capacitación y entrenamiento para trabajo en alturas en cumplimiento a la resolución 4272 de 2021.

VERIFICACIÓN correo Rr.edusas@gmail.Com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que GONZALEZ MARTINEZ JEANS ADRIAN, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1022934884, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: INSTITUTO RR
ENTRENADOR: FRANKLIN JUNIOR VARELA MANOTAS
SEDE DONDE SE FORMÓ: INSTITUTO RR SAS - ALTURAS
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: SECTOR DE LA CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/10/2025 a 09/10/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

Medellín, 26 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P SAS, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1022934884	GONZALEZ MARTINEZ JEANS ADRIAN	23/04/2025		23136451	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10311396042536049874

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/12/2025 13:51:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

CERTIFICA QUE:

El(La) Señor(a) JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ identificado(a) con CC. 1022934884 se encuentra afiliado(a) a la EPS en condición de 1° COTIZANTE.

Fecha de Activación de Servicios:	**2020/10/09**
Estado de la Afiliación:	**ACTIVO**
IPS:	**CENTRO MEDICO COLSUBSIDIO PLAZA DE LAS AMERICAS**
Categoría:	**A**

La presente certificación se expide a solicitud del (de la) interesado(a) en Bogotá para **QUIEN INTERESE**, a los 31 días del mes de 12 del año 2025.

La certificación tiene validez de un mes con respecto a la fecha de generación.

Observaciones:

NO VÁLIDO PARA TRASLADO A OTRA EPS.

Cordialmente,



Fredy Alexander Caicedo Sierra

Director Operaciones Comerciales

EPS FAMISANAR S.A.S.

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1022934884,** se encuentra afiliado/a desde **01/11/2016** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 05 de enero de 2026.



Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Bogotá DC. 26 de Diciembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 26/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 1022934884
Nombres y Apellidos	JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	21/4/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	26/12/2025
Cargo	Administrativo
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

bJpcpMYIS

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS
Nit: 9015761030
Dirección: Cra 58 # 90-26
Teléfono: 6017664556
Email: ipsep.sas@gmail.com

Información General

N° ingreso	**151330**	**Fecha Impresión**	2026-03-11
Fecha Ingreso	2026-03-11 06:53:18	**Nombre**	JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ
CC	1022934884	**Sede**	IPS BOGOTA
Ocupación	INGENIERO	**Tipo de Examen**	PRE - INGRESO
Fecha Nacimiento	1987-07-08	**Edad**	38 años
Dirección		**Teléfono**	3219834474
Estado Civil	Casado(a)	**N° Hijos**	0
Fecha Salida	2026-03-11 09:36:02	**Nombre Acompañante**	EL USUARIO ASISTE A LA EVALUACIÓN SIN ACOMPAÑANTE
Grupo sanguíneo / RH	O+		
Empresa Contratante	CONSTRUCCIONES C2P SAS		
Nit Empresa Contratante	901340675	**A.E. Empresa Contratante**	Construcción de edificios no residenciales
Departamento	BOGOTÁ, D.C.		



Exámenes Complementarios

Examen	Resultado	Examen	Resultado
AUDIOMETRIA	NORMAL	PERFIL LIPIDICO	NORMAL
EXAMEN MEDICO OCUPACIONAL DE INGRESO CON ENFASIS DE TRABAJOS EN ALTURAS CON CERTIFICACION DE APTITUD	NORMAL	GLICEMIA SIMPLE	NORMAL
VISIOMETRIA	NORMAL		

Certificación de Aptitud - PRE - INGRESO

APTO

Concepto de acuerdo al énfasis

ALTURAS	APTO
OSTEOMUSCULAR	APTO

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Hábitos nutricionales saludables
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo
- Ejercicio regular 3 veces / semana

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS USO DE CORRECCION OPTOMETRICA PERMANENTE HIGIENE POSTURAL HABITOS NUTRICIONALES SALUDABLES

Enfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

CERTIFICO QUE NO HE OMITIDO INFORMACIÓN ACERCA DE MI ESTADO DE SALUD, TODO ES VERÍDICO Y PUEDE SER CONFIRMADO

Dr. ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
MEDICO U. JAVERIANA 19410343
SALUD OCUPACIONAL U. BOSQUE
RESOLUCION 8792 SGSS-T

Profesional: ALFONSO A. SANCHEZ MORALES
CC: 19410343
Registro médico: 19410343
Licencia N°: RESOLUCION 8792 SGSS-T

Firma del trabajador: JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ
CC 1022934884

Bogotá D.C, 12 de Marzo de 2026

Señores:
Consorcio Nueva Esperanza

Asunto: Recomendaciones medicas

Estimados señores:

A continuación, envío las recomendaciones médicas dadas por IPS. SERVICIOS MEDICOS ESPECIALIZADOS E Y P SAS, a nuestro colaborador **JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 1.022.934.884.

Recomendaciones Generales

- Control periódico por Promoción y Prevención por EPS
- Control periódico ocupacional
- Utilización de EPP Elementos de Protección personal de acuerdo al cargo

Recomendaciones Ocupacionales Preventivas

- **OSTEOMUSCULAR:** Pausas activas, ejercicios de estiramiento y posturas adecuadas.
- **VISUAL:** Educación en higiene visual. Uso de protección visual según tipo de exposición. Adecuada iluminación del puesto de trabajo. Pausa activa visual.
- **ALTURAS:** Capacitación y certificación de alturas.
- **AUDITIVO:** Protección auditiva de acuerdo con la exposición a ruido y reposo auditivo extralaboral.

Recomendaciones Especificas Trabajador

USO DE EPP PAUSAS ACTIVAS HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE VALORACIÓN POR MEDICINA GENERAL EN SU EPS (REALIZAR SEGUIMIENTO) HIGIENE POSTURAL.

Énfasis en el examen del sistema osteomuscular

En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

EL CONTRATANTE.

EL CONTRATADO.

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:33:30 horas del 30/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1022934884,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CONTRATO INDEFINIDO

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 1.022.934.884 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **INGENIERO DE OPERACIONES**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.

PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.

SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.423.500 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.

TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.

CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.

QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia a partir del 21 de abril del 2025 gozando de un contrato a término indefinido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.

De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **21 de ABRIL de 2025.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

BOGOTÁ



CONTRATISTA

JEANS ADRIAN GONZALEZ MARTINEZ

C.C. 1022934884 **R.H: O+**

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 16-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.



FECHA DE NACIMIENTO 09-JUN-1995

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.72
ESTATURA

O+
G.S. RH

M
SEXO

09-JUL-2013 LA CALERA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.071.166.633
RAMIREZ RAMIREZ

APELLIDOS
PABLO CESAR

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

SIG-F-018

V-4

NOMBRE DEL TRABAJADOR Pablo Cesar Ramirez | CARGO Coordinador Altos | C.C. 1071168683

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	camisa	Pantalón	Chaleco	Botas de seguridad	
1	10	01	26	1	1		1								1						1	1		1	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

Scanned with CamScanner

CUMBRE COLOMBIA

ENTREGA DE EPP Y DOTACIÓN

Codigo: FRT-SST-030
Fecha: 06/2024
Version: 03

EMPRESA: CUMBRE COLOMBIA SAS

NOMBRE TRABAJADOR: PABLO CESAR RAMIREZ RAMIREZ **CÉDULA:** 1.071.168.683

MOTIVO DE ENTREGA:

LEGAL	1	DESGASTE	2	DAÑO	3	PÉRDIDA	4

FECHA DE ENTREGA	ELEMENTO ENTREGADO (EPP) (Uno por casilla)	MOTIVO DE LA ENTREGA	FIRMA DE RECIBIDO	OBSERVACIONES
15-03-2024	Chaqueta roja anclajes	1		
04-05-2024	Casco de seguridad naranja	1		
04-05-2024	Botas de seguridad negras	1		
21-07-2024	Guantes nitrilo	1		
25-10-24	Camisas (2-1 negra-1 roja)	1		
21-10-24	1 Por guantes	1		
07-11-24	5 Camisas manga larga negras	5.		devolvan dotacion
07-11-24.	2 Pantalones amarillo-rojo	5 .		
15/11/2024	3 Pantalones talla 34 negros	3		Dotacion
09/01/2025	4 Cambujus negros	1		
02/2025	2 Camisas rojas	1		
01/2/2025	1 Por guantes			

DEFINICIONES SOBRE MOTIVO DE ENTREGA:

1. **LEGAL:** entrega inicial o periódica, establecida por la ley
2. **DESGASTE:** reposición por desgaste del elemento
3. **DAÑO:** reposición por daño del elemento
4. **PÉRDIDA:** reposición por pérdida del elemento

El trabajador manifiesta haber recibido capacitación sobre los riesgos para los ser usado el elemento de protección personal suministrado y se obliga a report inmediata cualquier daño, pérdida o desgaste.

Powered by CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	REGISTRO ASISTENCIA	SIG-F-004
		V-4

FECHA: 10/01/26 | LUGAR: CNE | HORA: DE 7:00 A 9:00am.

TEMA GENERAL: Inducción SST, Políticas, Reglamento, Plan de Emergencia, Riesgos SST.

NOMBRE DEL EXPOSITOR: Cmdt W. Tovar H.

CARGO DEL EXPOSITOR: Residente SST

No.	NOMBRE DEL PARTICIPANTE	C.C.	CARGO	EMPRESA	FIRMA
1	Juan David Ocampo	1001213379	Operativo	Cemtone	
2	Paola Cesar Ramirez	1071168183	Coord.	Cemtone	
3	Antonio Avellaneda	1010162930	Operativo	Cemtone	
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
32					
33					
34					
35					

FIRMA DEL EXPOSITOR

NOMBRE Y FIRMA DEL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: PABLO RAMIREZ.

IDENTIFICADO CON C.C : 1071 169 683

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Coordinador

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI ✓	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI ✓	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI ✓	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI ✓	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI ✓	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI ✓	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI ✓	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI ✓	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI ✓	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI ✓	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI ✓	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Ac ...es preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

...a presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 10/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
PABLO [illegible] RAMIREZ	[illegible]
FIRMA	FIRMA RESPONSABLE SST
[signature]	[signature]

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	PABLO CESAR RAMIREZ	CARGO	COORD. ALTURAS
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	CNC	NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Cumplir con políticas SST, reglamentos y requisitos SST
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	- Señales de Emergencia - Señales Preventivas.
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	- Participar en Capacitaciones - Reportar Actos y Condiciones Inseguras
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	- Biomecánicos - Físicos
Escriba un ejemplo de acto inseguro	- Pasar por piso mojado - Pasar por sitio sin estar autorizado
Escriba un ejemplo de condición insegura	- Sitio sin estar señalizado - Andamio mal armado

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		✓
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	✓	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	✓	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		✓
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		✓
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		✓

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
		10/01/22

NOTA 5.0	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI X		
	NO		

Scanned with CamScanner

Bogotá D.C., diciembre 16 de 2025

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que PABLO RAMIREZ RAMIREZ RAMIREZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 1071168683, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA EL TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: OMAR ANDRES AMAYA CHAPARRO
SEDE DONDE SE FORMÓ: CHAPINERO
EMPLEADOR: CUMBRE COLOMBIA
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: ARL SURA

SECTOR ECONÓMICO: SERVICIOS CAPACITACION
FECHAS DE FORMACIÓN: 15/09/2025 a 15/09/2025
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día diciembre 16 de 2025

CODIGO DE VERIFICACION Y AUTENTICACION

150925/1/C.REE9-13 -26

CUMBRE COLOMBIA

CENTRO DE ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

NIT: 901 139 753 - 4

CERTIFICADOS EN LA NTC 6072 - 2014, POR BUREAU VERITAS CERTIFICATION CON CODIGO ONAC 09-CPR-008 Y CERTIFICADO CO24.00454
APROBADOS POR EL MINISTERIO DE TRABAJO RES 4272 DEL 05062018 N° 08SE2018220000000020162
LICENCIA DE SERVICIOS SST 8589 DE 31/05/2021

GRUPO CUMBRE COLOMBIA - SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

OTORGA LA:

CERTIFICACION DE CAPACITACION Y ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO EN ALTURAS

A:

PABLO CESAR RAMIREZ RAMIREZ

IDENTIFICADO CON: CC 1071168683

POR HABER CURSADO Y APROBADO EL NIVEL DE CAPACITACION

REENTRENAMIENTO

BAJO ESTANDARES Y LINEAMIENTOS RESOLUCION 4272 / 2021

REALIZADO EN LA CIUDAD DE BOGOTA DC, DURANTE EL *15/9/2025* *AL* *15/9/2025*

CON UNA INTENSIDAD HORARIA DE ***8 HORAS***

SE EXPIDE EN LA CIUDAD DE BOGOTA EL: *19/09/2025* *DANDO CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES NORMATIVAS EN CONSTANCIA SE FIRMA:*

Rosalba Garcia R.

ROSALBA GARCIA RUBIANO
REPRESENTANTE LEGAL
CEDULA: 23.779.061 DE MONIQUIRA

Cargando...
OMAR ANDRES AMAYA CHAPARRO
ENTRENADOR DE TRABAJO EN ALTURAS
LICENCIA SST 8040 - 17/09/2019

DATOS COMPLEMENTARIOS RESOLUCION 4272 - MINISTERIO DE TRABAJO

REALIZADO PARA EMPRESA: *SECTOR - ACTIVIDAD*	*CUMBRE COLOMBIA* *SERVICIOS CAPACITACION - CAPACITACION*	***NIT:*** *901 139 753 - 4*
REPRESENTANTE LEGAL:	*ROSALBA GARCIA*	***DOCUMENTO ID:*** *23779061*
AFILIACION DEL TRABAJADOR A RIESGOS LABORALES EN:	*ARL SURA*	

WWW.CUMBRECOLOMBIA.COM

Calle 71 # 21 - 44 Bogotá DC - Colombia I Móvil : 301 382 9000 I info@cumbrecolombia.com

EXAMENES	***ARL***	***ALTURAS***	***CONFINADOS***	***EQUIPOS***	***ANCLAJES***
MEDICOS	*REINVERSION*	*CURSOS*	*ESPACIOS*	*INSPECCION*	*INSTALACION*

GRUPO **CUMBRE**
COLOMBIA



PABLO CESAR RAMIREZ. R

COORDINADOR DE ANCLAJES

CC: 1071168683
ARL: SURA
EPS: SALUD TOTAL
RH: O+
TELEFONO: 3108828217

www. cumbrecolombia.com

Este carnet es personal e intransferible, acredita a su titular como miembro de nuestra compañía.

Debe ser portado en un lugar visible dentro de las instalaciones.

En caso de pérdida se deberá reportar de inmediato a nuestra línea de atención.

+57 3108828217

GRUPO **CUMBRE**
COLOMBIA

Medellín, 18 de Marzo de 2026

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de CUMBRE COLOMBIA CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO, en el centro de trabajo 0000000005 - RIESGO 5, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C1071168683	RAMIREZ RAMIREZ PABLO CESAR	19/03/2019		21612182	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C10101629202535342525

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 19/12/2025 11:48:45 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 190.157.144.228, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Bogotá, Diciembre / 30 de 2025

Señor (a): PABLO CESAR RAMIREZ RAMIREZ
CC. 1071168683
CL 98 5 C 57 ESTE...
BOGOTÁ

Referencia: Certificado de afiliación a Salud Total EPS-S S.A.

Reciba un Cordial saludo en nombre de Salud Total EPS-S SA,

Por medio de la presente, nos permitimos certificar que, a la fecha de expedición de la presente comunicación, registra en nuestras bases de datos su afiliación al régimen contributivo de Salud Total EPS-S S.A., la cual se realizó a partir de Febrero / 1 de 2018, y su estado afiliación es Activo como COTIZANTE.

CARTA NO VÁLIDA PARA TRASLADO.

En Salud Total EPS-S S.A. apreciamos la confianza que usted ha depositado en nosotros y esperamos que usted y su familia continúen disfrutando de nuestros servicios de salud con calidad total. Escucharte es la manera de mejorar nuestro servicio por eso conoce los canales por los cuales puedes generar certificaciones. Ingresa a la APP Salud Total EPS-S opción certificaciones o www.saludtotal.com.co Oficina Virtual, portal transaccional.

Cualquier información adicional, con gusto será atendida a través del enlace **Te Escuchamos en www.saludtotal.com.co** o puede comunicarse con nuestra línea 018000114524 a nivel nacional o en Bogotá al teléfono 4854555.

Cordialmente,

GERENCIA DE OPERACIONES COMERCIAL
SALUD TOTAL EPS-S S.A.
Elaboró: *Oficina Virtual*

NOTA: En caso requerido, este certificado es válido para la atención a través del Régimen Subsidiado o como población vinculada, si el estado actual es afiliación cancelada, novedad de retiro de trabajo, afiliación no efectiva, exclusión o anulación de la afiliación y siempre y cuando al momento de retiro o exclusión no haya reportado mora. Si es mora, o cancelación por falta de pago, debe informar a su aportante que debe ponerse al día en los pagos.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **RAMIREZ RAMIREZ PABLO CESAR** identificado(a) con **CC** número **1.071.168.683** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 29 de julio de 2022 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 100% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 30 de diciembre de 2025.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN

CAJA DE COMPENSACION FAMILIAR COMPENSAR
NIT.860.066.942-7

Bogotá D.C., 26 de Febrero de 2026

A QUIEN INTERESE

Compensar, Caja de Compensación Familiar, certifica que el cliente se encuentra afiliado en la modalidad TRABAJADOR DEPENDIENTE, con la siguiente información :

Tipo de Identificación	: CC
No. de Identificación	: 1071168683
Nombre	: *PABLO CESAR RAMIREZ RAMIREZ*
Empresa/Contratante	: CUMBRE COLOMBIA
Tipo Idenficación Empresa	: NT
No. Identificación Empresa	: 901139753
Fecha de Afiliación a CCF	: 2019/03/19
Fecha de Ingreso a la empresa	: 2019/03/19
Estado	: Afiliado
Categoría	: A

La presente certificación se expide con destino a CUMBRE COLOMBIA y tiene vigencia de un mes a partir de la fecha de expedición.

Esta certificación no es válida para presentar los documentos requeridos para la acreditación del subsidio monetario.

Atentamente,

Paula Andrea Ramírez
GESTIONAR INFORMACIÓN EMPRESARIAL
Elaboró: Portal Compensar

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el código GRNnDwqVH

Vigilado Supersubsidio

IPS CUMBRE SALUD OCUPACIONAL
NIT: 901128070-5
licencia de salud ocupacional RESOLUCION 3786 de 11/08/2020
Estamos ubicados en la calle 71 21-44 piso 1
Teléfono fijo: 300 10 94 • Teléfono móvil: 3216942297 - 3013829000

VALIDE AQUÍ

CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL



FECHA: 2025-09-18 08:45:24 **HORA INICIO:** 7:00

NOMBRE: PABLO CESAR RAMIREZ RAMIREZ **DOCUMENTO:** CC 1071168683

EDAD: 30 Años 3 Meses 9 Dias

EMPRESA: CUMBRE COLOMBIA

CARGO: COORDINADOR

TIPO DE EXAMEN **INGRESO:** ☐ **RETIRO:** ☐ **PERIODICO:** ☑ **ALTURAS:** ☑ **ESPACIOS CONFINADOS** ☐

EVALUACIONES Y/O PRUEBAS DIAGNOSTICO REALIZADAS

ANALISIS: La certificación de las condiciones de salud para realizar trabajos en alturas, está reglamentada por las Resoluciones 2346 de 2007 y 4272 de 2021 del Ministerio de Trabajo y establece que todo trabajador que vaya a realizar este tipo de tareas se debe realizar un Examen Médico Ocupacional para certificar la conformidad con los requisitos establecidos.

APTITUD PARA EL CARGO:

APTO PARA EL CARGO, APTO ALTURAS, PERIODICO SATISFACTORIO CONCEPTO SE EMITE CON BASE EN HALLAZGOS ENCONTRADOS EN EVALUACION MEDICA REALIZADA EL DIA DE HOY Y EN INFORMACION APORTADA POR EL TRABAJADORY/O EMPRESA CONTRATANTE/PACIENTE SIN LIMITACIONES NI RESTRICCIONES PARA EL CARGO

AUDIOMETRIA: NORMAL

OPTOMETRIA / VISIOMETRIA: NORMAL

ESPIROMETRIA: NO SE EXPLORA

EXAMEN OSTEOMUSCULAR: NORMAL

PSICOLOGIA OCUPACIONAL: NO SE EXPLORA

COMPLEMENTARIOS: NO SE EXPLORA

LABORATORIO CLINICO: NORMAL

OTROS:

RECOMENDACIONES GENERALES

RECOMENDACIONES	SI/NO	RECOMENDACIONES	SI/NO
USO DE ELEMENTOS DE PROTECCIÓN	SI	ACTIVIDAD FISICA	SI
PAUSAS ACTIVAS	SI	MANEJO DE CARGAS O POSTURAS	SI
HIGIENE POSTURAL	SI	REALIZACION PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	NO
RECOMENDACIONES DIETARIAS	SI	CONTINUAR MANEJO MEDICO POR EPS	NO
MANEJO PSICOLABORAL	NO	REMITIR A LA EPS	NO
CONTROL PERIODICO OCUPACIONAL	SI	REMITIR A LA ARL	NO

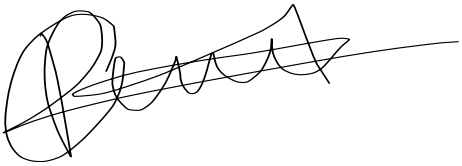
OTRAS :

PACIENTE QUIEN ASISTE A EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN ALTURAS, CONSCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS MENTALES, NIEGA ANTECEDENTES DE CONVULSIONES, EPILEPSIA O PATOLOGIA NEUROLOGICA Y/O MENTALES QUE PUEDAN COMPROMETER EL TRABAJO EN ALTURAS. NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NIEGA TEMOR A LAS ALTURAS. SE REALIZAN PRUEBAS VESTIBULARES SIN HALLAZGOS PATOLOGICO. EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION. POR LO DESCRITO ANTERIORMENTE PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS.

SE RECOMIENDA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA BAJA EN GRASA Y AZUCARES), REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 45 MIN DIARIOS. TENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO, USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS.

RESTRICCIONES MEDICAS :

OBSERVACIONES:

MEDICO	FIRMA ASPIRANTE O TRABAJADOR	HUELLA
		

Consentimiento informado del aspirante o trabajador: Autorizo al doctor(a) abajo mencionado(a) a realizar en mí, examen médico ocupacional registrado en este documento, se me ha explicado la naturaleza y propósito del examen médico. Entiendo que esta prueba es voluntaria y no he omitido sobre mi estado de salud.

CUMBRE COLOMBIA	CARTA DE RECOMENDACIONES MÉDICAS LABORALES	Código: FRT-SST-059
		Versión: 02
		Fecha: 11/8/2025

CARTA DE RECOMENDACIONES LABORALES

Nombre del funcionario: PABLO CESAR RAMIREZ RAMIREZ
Fecha: 18/09/2025
CC: 1071168683
Cargo: COORDINADOR

El compromiso de **CUMBRE COLOMBIA SAS** es garantizar un ambiente laboral saludable y seguro para su talento humano por lo tanto le recordamos que su responsabilidad como funcionario de acuerdo con el Decreto 1072 de 2015 y Resolución 0312 del 2019 es procurar el cuidado integral de su salud y suministrar información clara, veraz y completa sobre su estado de salud.
Por lo tanto, nos permitimos informar que de acuerdo con el resultado de su examen médico:

EXAMEN MÉDICO PERIODICO
Realizado el 18 de agosto de 2025, se generaron los conceptos y recomendaciones que se adjuntan.

APTO PARA EL CARGO, APTO ALTURAS PACIENTE QUIEN ASISTE A EXAMEN MEDICO LABORAL CON ENFASIS EN ALTURAS, CONSCIENTE, ALERTA Y ORIENTADO EN LAS TRES ESFERAS MENTALES, NIEGA ANTECEDENTES DE CONVULSIONES, EPILEPSIA O PATOLOGIA NEUROLOGICA Y/O MENTALES QUE PUEDAN COMPROMETER EL TRABAJO EN ALTURAS. NIEGA CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. NIEGA TEMOR A LAS ALTURAS. SE REALIZAN PRUEBAS VESTIBULARES SIN HALLAZGOS PATOLOGICO. EXAMEN FISICO OSTEOMUSCULAR SIN ALTERACION. POR LO DESCRITO ANTERIORMENTE PUEDE REALIZAR LABORES EN ALTURAS. SE RECOMIENDA HÁBITOS DE VIDA SALUDABLE (DIETA BAJA EN GRASA Y AZUCARES), REALIZAR ACTIVIDAD FISICA 45 MIN DIARIOS. TENER ADECUADA HIGIENE POSTURAL Y PAUTAS DE AUTOCUIDADO, USO DE LOS EPP EN FUNCION DEL PELIGRO PARA EL TRABAJADOR. CONTROLES PERIÓDICOS OCUPACIONALES. REALIZAR PAUSAS ACTIVAS SEGÚN CRONOGRAMA DE LA EMPRESA. CONTROL ANUAL POR OPTOMETRÍA EN SU EPS.

De igual forma si usted tiene recomendaciones de salud que requieren manejo por su EPS, debe solicitar cita médica a su IPS y llevar a la consulta el reporte del concepto médico para

Pablo Ramirez

Powered by CamScanner

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 13:29:06 horas del 27/12/2025, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1071168683,**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CUMBRE COLOMBIA**, con NIT **901139753-4** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

© 2025 Policía Nacional de Colombia - Grupo Tecnologías de la Información y las Comunicaciones DIJIN

15 MAR 2019

CUMBRE COLOMBIA	FORMATO DE GESTION CONTRATACTUAL CUMBRE COLOMBIA SAS – NIT: 901 139 753 - 4			
	PROCEDIMIENTO: GESTION CONTRACTUAL			
	PROCESO: GESTION ADMINISTRATIVA Y FINANCIERA			
	Código: Código: SIG – AF16	Versión: 01	Fecha: 15/03/2019	Página 1 de 3

CONTRATO DE TRABAJO A TERMINO INDEFINIDO

Entre los suscritos, **ROSALBA GARCIA RUBIANO** mayor de edad, vecina de Bogotá. D.C., identificada con C.C. No. 23.779.061, expedida en Boyacá, quien actúa como representante legal de **CUMBRE COLOMBIA-CENTRO NACIONAL DE ENTRENAMIENTO PARA TRABAJO SEGURO EN ALTURAS SAS, NIT. 901.139.753-4 ,** quien para efectos del presente contrato se denomina **EL EMPLEADOR** por una parte y por la otra, **PABLO RAMIREZ RAMIREZ,** mayor de edad, vecino (a) de Bogotá D.C., identificado con la C.C. # 1.071.168.683 expedida en Bogotá, quien para los efectos del presente documento se denominara **EL TRABAJADOR**, acuerdan celebrar el presente Contrato de Trabajo el cual se regirá por las normas del Código Sustantivo del Trabajo, el Reglamento interno de **EL EMPLEADOR**, y por las siguientes clausulas: **PRIMERA. – OBJETO**. **EL TRABAJADOR**, se obliga para con **EL EMPLEADOR**, a ejecutar personalmente las labores que sean necesarias y en las anexas y complementarias para el cargo de **COORDINADOR** de conformidad en el manual de función y organización o cualquier otro que **EL EMPLEADOR** le indique, de conformidad con las ordenes e instrucciones que imparta **EL EMPLEADOR** (Junta de Socios) o su representante. **PARAGRAFO PRIMERO:** Las partes acuerdan expresamente que **EL TRABAJADOR** durante la vigencia de este contrato de trabajo, salvo autorización expresa y por escrito emitida por **EL EMPLEADOR,** no podrá prestar directa ni indirectamente sus servicios laborales a otros contratantes, en forma que afecte su salud y ocasione el desgaste de su organismo y esto le impida prestar eficazmente el servicio convenido en este contrato **PARAGRAFO SEGUNDO:** Los servicios contratados serán prestados por **EL TRABAJADOR** en la ciudad de Bogotá D.C., en la Calle 71 No. 21-44 o en donde **EL EMPLEADOR** lo requiera, en caso de que se requiera que los servicios sean prestados en una sede diferente, se dará cumplimiento a las normas legales vigentes en el momento del traslado. **PARAGRAFO TERCERO:** El horario de trabajo será de lunes a sábado de 7:00 am a 5:00 pm y 1 domingo al mes. **SEGUNDA. DURACION** Las partes acuerdan que el presente contrato es a término indefinido, que rige a partir de la fecha de su firma. **PARAGRAFO PRIMERO:** Esta duración podrá ser modificada, por escrito y de común acuerdo por las partes o el contrato podrá darse por terminado, de acuerdo a lo establecido en las causales contenidas en el presente contrato. **TERCERA. – REMUNERACION. EL EMPLEADOR** pagara a **EL TRABAJADOR** a título de salarios, mensualmente la suma de **ochocientos veintiocho mil ciento dieciséis pesos m/cte. ($828.116**). mas auxilio de transporte **noventa y siete mil treinta y dos pesos m/cte. ($97.032**). mas bonificación quincenal para un total de **millón quinientos mensuales (1´500.000) PARRAGRAFO PRIMERO:** Las partes acuerdan expresamente, que cualquier beneficio adicional, en dinero o en especie, que reciba **EL TRABAJADOR** proveniente de **EL EMPLEADOR**, no será constitutivo de salario y en consecuencia no será tenido en cuenta para efectos de liquidaciones de prestaciones sociales, vacaciones, indemnizaciones, aportes a la seguridad social o a la parafiscalidad, de conformidad con lo previsto en el artículo 128 del Código Sustantivo del Trabajo, subrogado por el artículo 15 de Ley 50 de 1.990. **PARAGRAFO SEGUNDO:** El pago de horas extras se efectuará cuando **EL EMPLEADOR** autorice previamente a **EL TRABAJADOR** la ejecución de labores que excedan del límite de la jornada máxima legal establecida en las normas legales aplicables. **CUARTA, - FORMA DE PAGO.** Las partes acuerdan que el valor del salario pactado en la cláusula anterior será cancelado a **EL TRABAJADOR** por quincenas vencidas. **QUINTA. - OBLIGACIONES ESPECIALES DEL EMPLEADOR-** Además de las obligaciones legales y reglamentarias, **EL EMPLEADOR** se obliga a :1) Cubrir oportunamente el monto de los salarios en la forma estipulada; 2) Suministrar a **EL TRABAJADOR** todos los implementos necesarios para la

023

Powered by CamScanner

prestaciones de sus servicios en forma eficaz, 3) Prestar toda la colaboración pertinente para optimizar las labores encomendadas a **EL TRABAJADOR**; 4) Guardar absoluto respeto a la dignidad de **EL TRABAJADOR**; 5) No deducir, retener o compensar suma alguna del monto del salario y prestaciones en dinero que correspondan a **EL TRABAJADOR** sin autorización previa escrita de este para cada caso o sin mandamiento judicial, con excepción de los casos autorizados por la ley. **SEXTA. – OBLIGACIONES ESPECIALES DEL TRABAJADOR.** – Además de las obligaciones legales y reglamentarias, **EL TRABAJADOR** se compromete a cumplir las siguientes obligaciones: 1) Realizar la labor contratada cumpliendo estrictamente los niveles de calidad, puntualidad, diligencia, cuidado y pericia que le señale el empleador o los que su oficio le imponga; 2) Obrar con plena observancia de principios éticos que exige su labor; 3) Seguir las directrices determinadas por **EL EMPLEADOR**; 4) Colocar al servicio de **EL EMPLEADOR**, toda su capacidad normal de trabajo en el desempeño de sus funciones y en las labores anexas, conexas y complementarias, observando los preceptos del Reglamento interno de trabajo y acatando y cumpliendo las ordenes e instrucciones que le imparta **EL EMPLEADOR**, y sus representantes; 5) No presentarse al trabajo en estado de embriaguez, alicoramiento o bajo la influencia de narcóticos o drogas enervantes; 6) No faltar al trabajo sin justa causa de impedimento o permiso de **EL EMPLEADOR**; 7) No disminuir intencionalmente el ritmo de ejecución de trabajo, ni suspender labores, ni promover suspensiones intempestivas del trabajo o incitar a su declaración o mantenimiento, sea que participe o no en ellas; Cumplir con los controles establecidos para la entrada y salida del personal y objetos en forma estricta, según las políticas fijadas por **EL EMPLEADOR** y sus representantes; 8) Observar las normas y prescripciones sobre salud ocupacional que deban observar los trabajadores, de acuerdo con el trabajo que desempeñen; 9) No descuidar ni abandonar el lugar de trabajo, para realizar actividades diferentes a la derivadas del cumplimiento del objeto previsto en el presente contrato; Cumplir con las indicaciones contenidas en el manual de funciones elaborado por **EL EMPLEADOR**, el cual **EL TRABAJADOR** declara conocer y aceptar. **SEPTIMA. TERMINACION.** El presente contrato se termina con justa causa y sin indemnización de perjuicios para ninguna de las partes: a) Por las causas establecidas en la legislación laboral vigente, b) por la culminación total de la labor contratada en el presente contrato, c) por la imposición jurídica, material o económica de ejecutar total o parcial de manera definitiva o temporal, la labor pactada en el presente contrato, d) por la violación de una de las obligaciones contempladas en este contrato o en el Reglamento interno de Trabajo. **PARAGRAFO PRIMERO**. – De manera específica, las partes acuerdan que **EL EMPLEADOR** podrá terminar unilateralmente el presente contrato con justa causa y sin indemnización de perjuicios, cuando **EL TRABAJADOR** incurra en alguna de las conductas previstas en la Ley como justa causa o cuando se presente alguna de las circunstancias que se enumeran a continuación, aun por la primera vez, por considerarse como falta grave a) Cuando **EL TRABAJADOR**, no cumpla adecuadamente con las obligaciones establecidas en la cláusula sexta de este contrato, b) Cuando **EL EMPLEADOR** a su juicio estime que **EL TRABAJADOR** no posee o no aplica los conocimientos suficientes para la programación, ejecución y/o labores asignadas; c) La no asistencia puntual al trabajo por parte de **EL TRABAJADOR**, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR** por dos veces dentro de un mismo mes calendario. D) Las repetidas desavenencias de **EL TRABAJADOR** con sus compañeros, e) El hecho que **EL TRABAJADOR** se presente en estado de alicoramiento a sus labores, aun por la primera vez. f) El hecho que **EL TRABAJADOR** abandone el sitio de trabajo sin permiso de sus superiores. g) La no asistencia a una sección completa de la jornada de trabajo, o más, sin excusa suficiente a juicio de **EL EMPLEADOR**, salvo fuerza mayor o caso fortuito. h) El manejo con deficiente calidad u oportunidad por parte **EL TRABAJADOR**, de los instrumentos de

023

Powered by CamScanner

15 MAR 2019

trabajo puestos a su disposición: i) El incumplimiento por parte de **EL TRABAJADOR**, de las normas sobre salud ocupacional y seguridad industrial del EMPLEADOR; j) La violación por parte de **EL TRABAJADOR**, infracción o incumplimiento del contrato, reglamento y/o manual de convivencia de **EL EMPLEADOR;** k)NO ingerir dentro de las instalaciones de **EL EMPLEADOR**, bebidas alcohólicas o embriagantes o sustancias narcóticas o toxicas de cualquier clase, o elementos solidos o líquidos de directa o indirectamente produzcan o induzcan estados que de cualesquiera manera constituyan alteración del ánimo o la conciencia, presentarse a las referidas instalaciones bajo los efectos de las mismas, así como recomendar, patrocinar o promover, por si o por interpuesta persona, entre sus compañeros de trabajo o demás personal del establecimiento, tales conductas. **OCTAVA: JORNADA DE TRABAJO:** La jornada de trabajo que rige el presente contrato es la máxima establecida en la legislación laboral vigente la cual **EL TRABAJADOR** deberá cumplir que **EL EMPLEADOR** le señale. **PARAGRAFO PRIMERO:** En cualquier caso, por acuerdo expreso o tácito de las partes podrán repartirse las horas de la jornada ordinaria en la forma prevista en el artículo 164 del C.S.T. modificado por el artículo 23 de la ley = 50 de 1990, teniendo en cuenta que los tiempos de descanso entre las sesiones de la jornada no se computan dentro de la misma según el artículo 167 del mismo código. **PARAGRAFO SEGUNDO: EL EMPLEADOR,** por razones de índole administrativa o de funcionamiento, podrá disminuir las horas de trabajo y, proporcionalmente, el sueldo devengado, pero ello no implica su renuncia a exigir el cumplimiento de la jornada máxima laboral cuando en su criterio ello sea necesario. **PARAGRAFO TERCERO:** En caso que **EL TRABAJOR** requiera ausentarse de su lugar de trabajo deberá avisar por lo menos con 24 horas de anticipación a **EL EMPLEADOR**. Se exceptúan de esta disposición, las ausencias del trabajador originadas en grave calamidad domestica debidamente comprobada. **NOVENA: SEGURIDAD SOCIAL:** De manera expresa, **EL TRABAJADOR** autoriza los descuentos de las sumas que legalmente le corresponden como cotización para las entidades de seguridad social. **DECIMA. PERIODO DE PRUEBA: EL EMPLEADOR** y **EL TRABAJADOR** acuerdan un periodo de prueba, cuya duración es equivalente a dos meses, contado desde la fecha de firma del presente contrato. **DECIMA PRIMERA** las partes manifiestan que reconocen la validez a las estipulaciones convenidas en el presente contrato de trabajo que es el único vigente entre ellas reemplazando y desconociendo cualquier otro verbal o escrito anterior.

Para constancia se firma el presente contrato en Bogotá, el día 15 de Marzo de 2.019, en dos ejemplares de idéntico tenor.

Rosalba García R

EMPLEADOR
ROSALBA GARCIA RUBIANO
REPRESENTANTE LEGAL
CUMBRE COLOMBIA
C.C. No. 23779061

TRABAJADOR
PABLO RAMIREZ RAMIREZ
C.C. No. 1'071.168.683

CUMBRE COLOMBIA NIT: 901139753-4

TESTIGO
C.C. No.

TESTIGO
C.C. No.

023

Powered by CamScanner

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

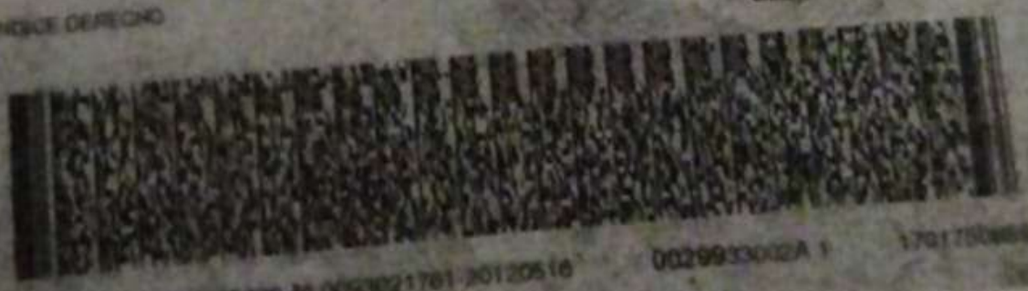
NUMERO 93.021.761
VILLANUEVA
APELLIDOS
LUIS EDUARDO
NOMBRES



FECHA DE NACIMIENTO 28-MAR-1983
ORTEGA
(TOLIMA)
LUGAR DE NACIMIENTO
1.66 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO
19-SEP-2002 ORTEGA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION
REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS MIGEL MARIONEZ TORRES

INDICE DERECHO





A-1524700-00376236-M-0093021761-20120516 0029930002A 1 1791750859

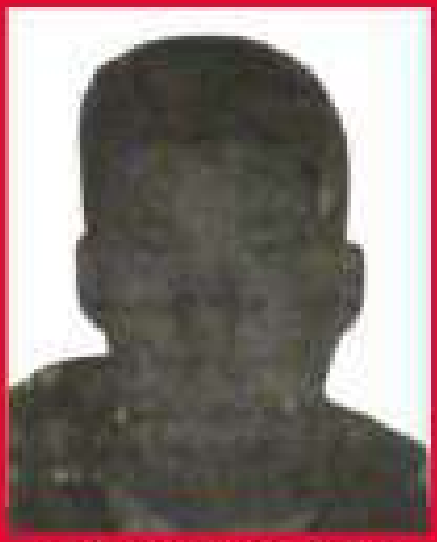
Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LUIS EDUARDO VILLANUEVA	CARGO: OPERARIO - MAESTRO	C.C.93021761

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	30	12	2025	X							X	X				X		X		X			X	X	
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

LUIS EDUARDO VILLANUEVA

C.C. 93021761 R.H: O+

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 29-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

LUIS EDUARDO VILLANUEVA

IDENTIFICADO CON C.C. N° 93021761

TSA - 14165

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA DURACIÓN DE 32 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca del 29 diciembre 2025 a 02 enero 2026, se expide en Chía Cundinamarca el 02 enero 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO Luis Villanueva	CARGO Tecnico
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE	NOMBRE DEL CONTRATISTA C2P

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir accidentes e incidentes mantener salud 0.4
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	Preventivos e informativos señales de emergencia 0.4
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Participar en charlas y capacitaciones y utilizar los elementos de Seguridad 0.4
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Cortes - fracturos caida a diferentes niveles 0.4
Escriba un ejemplo de acto inseguro	-No utilizar epp -No utilizar arnes 0.4
Escriba un ejemplo de condición insegura	-No cruzar en lugares que este señalizado 0.4 -No verificar la herramienta

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	0.4
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		0.4
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		0.4
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X		0.4
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	0.4
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X	0.4

FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
	Natalia Sanchez	07/01/2026.

NOTA 5.0	APROBÓ SI / NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA Cada punto tiene un valor de 0 4?

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis Villanueva	Cédula:	93621761.
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	C2P.
NOMBRE DEL CONTRATISTA	C2P	CARGO	Tecnico

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		—
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		—

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA [signature] NOMBRE: Luis Villanueva CARGO: Tecnico	
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis Eduardo Villanueva

IDENTIFICADO CON C.C : 80217161

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : OFICIAL

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas. extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
	Biomécanico: Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y antí-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 7/1/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Luis Villanueva	FIRMA RESPONSABLE SST Thalia Sanabria

Scanned with CamScanner

Medellín, 29 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo: 0000000001 PRINCIPAL DC			Clase: 5	Porcentaje Cotización: 6.96 %		
C93021761	VILLANUEVA LUIS EDUARDO	30/12/2025		13714613	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/12/2025 12:43:14 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 29 12 2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
Primer Apellido: VILLANUEVA	Segundo Apellido:	Primer nombre: LUIS	Segundo nombre: EDUARDO

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	93021761	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				28 03 2025

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [ ]		SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA		$1.423.500	

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. INCAPACIDAD PERMAMENTE	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GESTION CONTAX SAS	NT	901673585	

59. Ubicación				
KM 25 VIA BOGOTA Dirección	30583196 Teléfono	Correo electrónico	BOGOTA Municipio / Distrito	DISTRITO CAPITAL Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	29 12 2025	Código [ ]	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									TOTAL ANEXOS [ ]

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la uniónmarital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OPERARIO

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS EDUARDO VILLANUEVA, identificado(a) con cédula de ciudadanía **93.021.761**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es importante que sea constante en realizar los aportes obligatorios para su pensión, así lograría recibir el ingreso que desea cuando obtenga su beneficio pensional.

Bogotá DC. 30 de Diciembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79967491
Nombres y Apellidos	LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	29/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	30/12/2025
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

BUSGRZn3S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 08:42:56 horas del 02/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **93021761,** Apellidos y Nombres **VILLANUEVA LUIS EDUARDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **LUIS EDUARDO VILLANUEVA**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 93.021.761 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - MAESTRO**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.423.500 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 29 de Diciembre del 2025 al 29 de Marzo de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **29 de DICIEMBRE de 2025.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com

Bogotá D.C., 10 de marzo de 2026

Señores
A quien pueda interesar
Bogotá D.C.

Asunto: Acta de referencia al personal que no ingresó a los proyectos.

Cordial saludo,

Yo, **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.031.139.604** de **Bogotá D.C.**, actuando en representación legal de la empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, identificada con NIT **901340675-8**, me permito certificar que el personal relacionado a continuación **nunca ingresó ni estuvo vinculado a la ejecución de las actividades en obra** correspondientes al proyecto.

La documentación de dichas personas fue enviada inicialmente para trámite de autorización de ingreso; sin embargo, al momento en que se aprobó el proceso correspondiente, estas personas **ya no se encontraban vinculadas laboralmente con nuestra empresa**, razón por la cual **no se realizó su ingreso al proyecto ni desarrollaron actividades dentro de la obra**.

# DOC	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	ESTADO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO
1047440404	JUAN CARLOS	BLANCO HOYOS	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	RETIRADO	14-01-2026	16/02/2026
93021761	LUIS EDUARDO	VILLANUEVA	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	RETIRADO	30-12-2025	31-12-2025
79967491	LUIS FERNANDO	GARCIA HERREÑO	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	RETIRADO	30-12-2025	31-12-2025

De conformidad con lo anterior el representante legal suscrito en el presente documento firma en constancia de la información.

Michael Giovany Alejo Carreño
Representante legal
Construcciones c2p



CÉDULA DE CIUDADANÍA

REPÚBLICA DE COLOMBIA

NUIP 79.967.491

Apellidos
GARCIA HERREÑO

Nombres
LUIS FERNANDO

Nacionalidad
COL

Estatura
1.73

Sexo
M

Fecha de nacimiento
14 DIC 1974

G.S.
O+

Lugar de nacimiento
BOGOTA D.C. (CUNDINAMARCA)

Fecha y lugar de expedición
02 AGO 1996, BOGOTA D.C.

Fecha de expiración
30 NOV 2033

Firma
Luis Fernando GarciaHerreño



035891804

REGISTRADOR NACIONAL
Hernán Penagos Giraldo

ICCOL035891804815001<<<<<<<<<<<
7412143M3311307COL79967491<<<3
GARCIA<HERRENO<<LUIS<FERNANDO<

Construcciones C2P S.A.S. NIT. 901340675-8	REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.	SST-V1-01
		V-1

NOMBRE DEL TRABAJADOR: LUIS FERNANDO GARCIA	CARGO: OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA	C.C.79967491

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable		GAFAS	BOTAS DE SEGURIDAD	
1	30	12	2025	X							X	X				X		X		X			X	X	Luis Fernando Garcia
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

BOGOTÁ



CONTRATISTA

LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO

C.C. 79967491 **R.H: O+**

SECRETARÍA GENERAL DE LA ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ

VENCE: 29-MARZO-2026

Este carné lo identifica como funcionario de la Secretaría General de la Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. Debe portarse en un lugar visible durante las horas de trabajo. En el momento de retiro debe ser devuelto a la Subdirección de Talento Humano

ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ D.C.

GEPAR S.A.S

GESTIÓN ESPECIALIZADA EN PRÁCTICAS DE ALTO RIESGO

Autorizados por el Ministerio del Trabajo con el radicado No
08SE2018220000000045043; y Certificado por BUREAU VERITAS CERTIFICATION,
Código No. C021.02279, según la NTC 6072:201

CURSO Y APROBADO EL PROGRAMA FORMACIÓN Y ENTRENAMIENTO EN PROTECCIÓN CONTRA CAÍDAS Y EN CUMPLIMIENTO CON LA RESOLUCIÓN 4272 DEL AÑO 2021 DE TRABAJO EN ALTURAS;
SE CONFIERE A:

LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO

IDENTIFICADO CON C.C. N° 79967491

TSA - 14181

EL CERTIFICADO DE CAPACITACIÓN Y ENTRENAMIENTO DE:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL TRABAJADOR AUTORIZADO

CON UNA DURACIÓN DE 32 HORAS

Curso realizado en Chía Cundinamarca del 29 diciembre 2025 a 02 enero 2026, se expide en Chía Cundinamarca el 02 enero 2026

EMPRESA: CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
REP. MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO
NIT: 901340675
ARL: SURA

JOSE EMANUEL SALAS G.
REPRESENTANTE LEGAL
C.C. 1041176720

BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
ENTRENADOR TSA
RES. No.220 - 2015

Dirección: Carrera 10 No 14 - 69, Chía Cundinamarca
La autenticidad de este certificado es verificada en:
Linea telefónica:3143992121 - página web: geparalturas.com
Correo electrónico a Email: verificaciongepar@gmail.com

Bogotá D.C., enero 14 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que LUIS FERNANDO GARCIA HERRE?O, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 79967491, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS TRABAJADOR AUTORIZADO
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: GEPAR SAS
ENTRENADOR: BRYAN ARTURO SUAREZ MARIN
SEDE DONDE SE FORMÓ: GEPAR
EMPLEADOR: CONSTRUCCIONES C2P SAS
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 29/12/2025 a 02/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 32 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 14 de 2026

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-003
	EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-1

NOMBRE COMPLETO	Luis Garcia	CARGO	Tecnico
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE		NOMBRE DEL CONTRATISTA	CZP

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir accidentes e incidentes mantener el ambiente laboral y mental 0.42
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	- Preventivas - emergencia - informativas 0.42
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Participar en capacitacion charlas y practicas 0.42 de la empresa utilizar los elementos proteccion 0.42
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	cortaduras - cortes - caidas - luxaciones 0.42
Escriba un ejemplo de acto inseguro	no utilizar los elementos de 0.42 Proteccion - no utilizar Arnes 0.42
Escriba un ejemplo de condición insegura	- No verificar la Herramienta 0.42 - entrar a lugares que estan señalizados

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X 0.42
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X	0.42
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	0.42
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	0.42
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X 0.42
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X 0.42

Luis Garcia	Natalia Sanchez	07/01/2026.
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN

NOTA	APROBÓ	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0.42
	SI		
	NO		

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	07/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria.	Cargo:	Tec SST
Nombre de quien recibe la inducción:	Luis García	Cédula:	
DEPENDENCIA/PROYECTO	CNE	CONTRATISTA:	CP
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CSP	CARGO	Técnico

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA Luis García	NOMBRE: Luis García CARGO: Tecnico
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Luis Fernando Garcia

IDENTIFICADO CON C.C : 79967491

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Operario

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Físicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Químicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 7/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
FIRMA Fernando Garcia	FIRMA RESPONSABLE SST Hala Sanabria.

Scanned with CamScanner

Medellín, 29 de December de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A como trabajadores de CONSTRUCCIONES C2P S.A.S.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
Centro de trabajo:	0000000001 PRINCIPAL DC		Clase: 5	Porcentaje Cotización:	6.96 %	
C79967491	GARCIA HERREÑO LUIS FERNANDO	30/12/2025		Hx94p176	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

null

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA
VIGILADO

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 29/12/2025 16:49:13 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 186.31.197.208, 192.230.104.3, 172.16.42.57

Famisanar EPS
NIT 830.003.564-7

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

No. de Radicación SAT

Fecha de Radicación: 29/12/2025

1. DATOS DEL TRÁMITE

Lea las instrucciones que se encuentran anexas al formulario antes de diligenciarlo

1. Tipo de trámite	2. Tipo de Afiliación	3. Régimen	4. Contribución solidaria	5. Tipo de afiliado	6. Tipo de cotizante	7. Código (a registrar por la EPS)
A. Afiliación [ ] B. Reporte de Novedades [X]	A. Individual: - Cotizante o cabeza de familia [X] - Beneficiario o afiliado adicional [ ] B. Colectiva [ ] C. Institucional [ ] D. De oficio [ ]	A. Contributivo [X] B. Subsidiado [ ]	SI [ ] NO [ ]	A. Cotizante [X] C. Beneficiario [ ] B. Cabeza de familia [ ] D. Afiliado adicional [ ]	A. Dependiente [X] B. Independiente [ ] C. Pensionado [ ]	

A. AFILIACIÓN II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8. Apellidos y nombres			
GARCIA (Primer Apellido)	HERREÑO (Segundo Apellido)	LUIS (Primer nombre)	FERNANDO (Segundo nombre)

9. Tipo de documento de identidad	10. Número del documento de identidad	11. Sexo biológico	12. Sexo identificación	13. Nacionalidad
CC	79967491	Femenino [ ] Masculino [X]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

14. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	15. Fecha de nacimiento
				D 14 M 12 A 1974

III. DATOS COMPLEMENTARIOS (Datos personales)

16. Etnia	17. Comunidad	18. Discapacidad	Categoría discapacidad	19. Tiene encuesta SISBÉN	20. Clasificación SISBÉN	21. Grupo de población especial
		SI [ ] NO [ ]		SI [ ] NO [ ]	Nivel [ ] Grupo [ ]	

22. Administradora de Riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotización - IBC	25. Tarifa contribución solidaria

26. Residencia			
Dirección	Teléfono fijo	Teléfono celular	Correo electrónico

Departamento	Municipio / Distrito	Localidad / Comuna	Zona
			Cabezera Municipal [ ] Rural Disperso [ ] Centro Poblado [ ] Resto Rural [ ]

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NÚCLEO FAMILIAR - Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero (a) permanente del cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

28. Tipo de documento de identidad	29. Número del documento de identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación	32. Nacionalidad
		Femenino [ ] Masculino [ ]	T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	

33. Lugar de nacimiento	País	Departamento	Municipio	34. Fecha de nacimiento
				D D M M A A A A

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo de documento de identidad	37. Número del documento de identidad	38. Nacionalidad	39. Sexo biológico		40. Sexo identificación						41. Lugar de nacimiento			42. Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	Otro	Cual	País	Departamento	Municipio	
B1															D D M M A A A A
B2															D D M M A A A A
B3															D D M M A A A A
B4															D D M M A A A A
B5															D D M M A A A A

Datos complementarios del beneficiario

	43. Parentesco	44. Etnia	45. Comunidad	46. Grupo de población especial	47. Tiene encuesta SISBÉN		48. Clasificación SISBÉN		49. Discapacidad			50. INCAPACIDAD PERMAMENTE	
					SI	NO	NIVEL	GRUPO	SI	NO	CATEGORÍA DISCAPACIDAD	SI	NO
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio / Distrito	Zona	Cabezera Municipal	Rural Disperso	Centro Poblado	Resto Rural	Teléfono fijo y/o celular	52. Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
B1									
B2									
B3									
B4									
B5									

	Dirección	Localidad / Comuna	Correo electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

53. Nombre de la Institución Prestadora de Servicios de Salud - IPS		54. Código de la IPS (a registrar por la EPS)
C		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5		

V. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACIÓN COLECTIVA O RESPONSABLES DEL PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de documento de identificación	57. Número del documento de identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones (a registrar por la EPS)
GESTION CONTAX SAS	NT	901673585	

59. Ubicación					
KM 25 VIA BOGOTA	30583196		BOGOTA	DISTRITO CAPITAL
Dirección	Teléfono	Correo electrónico	Municipio / Distrito	Departamento

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

1. Modificación de datos básicos de identificación [ ] 2. Corrección de datos básicos de identificación [ ] 3. Actualización del documento de identidad [ ] 4. Actualización y corrección de datos complementarios [ ] 5. Terminación de la inscripción en la EPS Código [ ] 6. Reporte de pago a través de un tercero Código [ ] 7. Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 8. Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales [ ] 9. Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar [X] 10. Terminación de la relación laboral o pérdida de las condiciones para seguir cotizando [ ] 11. Inscripción EPS retorno al país [ ] 12. Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 13. Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas [ ] 14. Movilidad: A. Régimen Contributivo [ ] B. Régimen Subsidiado [ ] 15. Traslado: A Mismo Régimen [ ] B. Diferente Régimen [ ] 16. Reporte de fallecimiento del Cotizante o Cabeza de familia [ ] 17. Reporte del trámite de protección al cesante [ ] 18. Reporte de la calidad de Pre-pensionado [ ] 19. Reporte de la calidad de Pensionado [ ] 20. Ingreso a Contribución Solidaria [ ] 21. Retiro de Contribución Solidaria [ ]

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de identificación			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	62. Sexo biológico	63. Sexo identificación	64. Fecha de nacimiento
		Femenino [ ] Masculino [ ]	Femenino [ ] Masculino [ ] T [ ] NB [ ] Otro [ ] Cual	D D M M A A A A

65. EPS anterior	66. Fecha de novedad	67. Motivo de traslado	68. Caja de Compensación Familiar o Pagador de Pensiones
	D D M M A A A A	Código [ ]	

2 9 1 2 2 0 2 5

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

69. Declaraciones de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales. [ ]
70. Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributivo, Especial o de Excepción. [ ]
71. Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de los documentos que acreditan la condición de beneficiarios. [ ]
72. Declaración de no internación del cotizante, cabeza de familia, beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Servicios de Salud. [ ]
73. Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clínica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales. [ ]
74. Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación o del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que por sus funciones la requieran. [ ]
75. Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la Ley 1581 de 2012 y el Decreto 1377 de 2013. [ ]
76. Autorización para que la EPS envíe información al correo electrónico o al celular como mensajes de texto. [ ]
77. Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes. [ ]
78. Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según la encuesta del Sisbén vigente. [ ]

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad

IX. FIRMAS

80. El cotizante, cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional

81. Aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva, Institucional o de Oficio

X. ANEXOS

82. Anexo copia del documento de identidad

	CN	RC	TI	CC	PA	CE	CD	SC	
Cantidad:									TOTAL ANEXOS

83. Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente. [ ]
84. Copia del registro civil de matrimonio, o de la escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la unión marital. [ ]
85. Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio, sentencia judicial que declare la separación de cuerpos y escritura pública, acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la uniónmarital. [ ]
86. Copia del certificado de adopción o acta de entrega del menor. [ ]
87. Copia de la orden judicial o del acto administrativo de custodia. [ ]
88. Documento en que conste la pérdida de la patria potestad, o el certificado de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los dos padres [ ]
89. Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud numeral 4 y 5 del arcticulo 2.1.7.3 del Decreto 780 de 2016. [ ]
90. Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas. [ ]
91. Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que conste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio. [ ]

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial	93. Nombre de la institución
Código del municipio [ ] Código del departamento [ ]	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPOINSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y nombres			
Primer Apellido	Segundo Apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo de documento de identidad	Número del documento de identidad	95. Firma del funcionario

96. Fecha de radicación	97. Fecha de validación	OBSERVACIONES:
D D M M A A A A	D D M M A A A A	CARGO: OPERARIO

Recuerde que con la firma del formulario, el afiliado manifiesta la veracidad de la información registrada y de las declaraciones contenidas en el capítulo VII del formulario.

VIGILADO Supersalud

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO, identificado(a) con cédula de ciudadanía **79.967.491**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 29 de Diciembre del 2025.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

Bogotá DC. 30 de Diciembre de 2.025

CONSTANCIA SOLICITUD DE AFILIACIÓN
CAJA DE COMPENSACIÓN FAMILIAR COMPENSAR
NIT 860066942

Señor usuario, reciba un cordial saludo de su Caja de Compensación Familiar Compensar. Informamos que el día 30/12/2025, se ha recibido una solicitud de afiliación, la cual estará sujeta a verificación.

Si el trabajador desea recibir cuota monetaria de subsidio debe consultar los requisitos en https://corporativo.compensar.com/subsidio/subsidio-monetario. De cumplir con las condiciones, es necesario realizar la solicitud adjuntando los documentos de soporte a través del portal corporativo www.compensar.com .

A continuación ofrecemos el detalle de la información suministrada del trabajador:

Tipo y Número de Identificación	CC 79967491
Nombres y Apellidos	LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO
Tipo y Número de Identificación del Empleador	2 901340675
Razón Social Empleador	CONSTRUCCIONES C2P S.A.S
Código Sucursal	0
Código Centro de Costo	0
Fecha de Ingreso Empresa	29/12/2025
Fecha de Ingreso a Compensar	30/12/2025
Cargo	OPERARIO
Horas Labor Mes	180
Sueldo básico	$ 1423500

Luis Fernando GarciaHerreño

Firma del Trabajador
Identificación

La presente constancia se expide con destino a , este documento impreso debe reposar firmado en la hoja de vida del trabajador.

Para mayor información de nuestros servicios consulte nuestra página web www.compensar.com o contáctenos a nuestra central telefónica de atención al usuario en Bogotá: 601 3077001 o a la Línea nacional: 01 8000 96 7070

Verifique la validez y autenticidad de este documento escaneando el código QR o ingrese a la página https://corporativo.compensar.com/autenticidad y digite el

BUSGRZn3S

FOR-PGIE-0100

Vigilado Supersubsidio

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 09:38:23 horas del 02/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **79967491,**
Apellidos y Nombres **GARCIA HERREÐO LUIS FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, con NIT **901340675-8** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta



CONTRATO DE OBRA LABOR

Entre el suscrito **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARRERO** mayor de edad con cédula de ciudadanía Nº **1.031.139.604** expedida en la ciudad de **BOGOTA DC,** actuando en nombre y representación de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS"** quién de ahora en adelante se denominara **EL CONTRATANTE** por una parte , y por otra **LUIS FERNANDO GARCIA HERREÑO**, mayor de edad identificado con cédula de ciudadanía No 93.021.761 expedida en la ciudad **BOGOTA DC,** con el cargo de **OPERARIO - AYUDANTE DE OBRA**, actuando en nombre propio y quien para efectos del presente contrato se denominara EL CONTRATADO acuerdan celebrar el presente contrato de OBRA LABOR, el cual se registra por las siguientes cláusulas:

PRIMERA OBJETO: EL CONTRATADO en su calidad de ejecutor se obliga para con el CONTRATANTE a realizar todas las tareas asignadas y o programadas, propias de la naturaleza de la empresa **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "**.
PRIMERA I. OBJETO **"CONSTRUCCIONES C2P SAS "** se obliga para con el contratado a realizar los pagos de seguridad social EPS, AFP, ARL, CCF como lo establece la ley.
SEGUNDA VALOR: el valor del presente contrato será de $1.423.500 PESOS MCTE este pago es pagadero quincenalmente.
TERCERA LUGAR DE TRABAJO: EL CONTRATADO se obliga para con el CONTRATANTE a realizar las labores propias del presente contrato en el lugar que establezca la empresa y o el contratante.
CUARTA HORARIO DE TRABAJO: el horario será de 7: 00 am a 5:00 pm cumpliendo con las necesidades resultantes de las de la naturaleza del trabajo a realizar y que ese contrato así lo exijan.
QUINTA DURACION: Este contrato tiene una vigencia de 3 meses a partir del: 29 de Diciembre del 2025 al 29 de Marzo de 2026 gozando de un contrato de OBRA LABOR a término definido y se tendrá en cuenta el comportamiento y los resultados del contrato y regirá a partir de la fecha que se firma.
De conformidad con lo anterior las partes suscriben el presente documento en dos ejemplares del mismo tenor, a los días del mes de **29 de DICIEMBRE de 2025.**

EL CONTRATANTE. **EL CONTRATADO.**

Contacto: (+57)3123361369 – 3028457782

Construccionesc2psas@gmail.com

Bogotá D.C., 10 de marzo de 2026

Señores
A quien pueda interesar
Bogotá D.C.

Asunto: Acta de referencia al personal que no ingresó a los proyectos.

Cordial saludo,

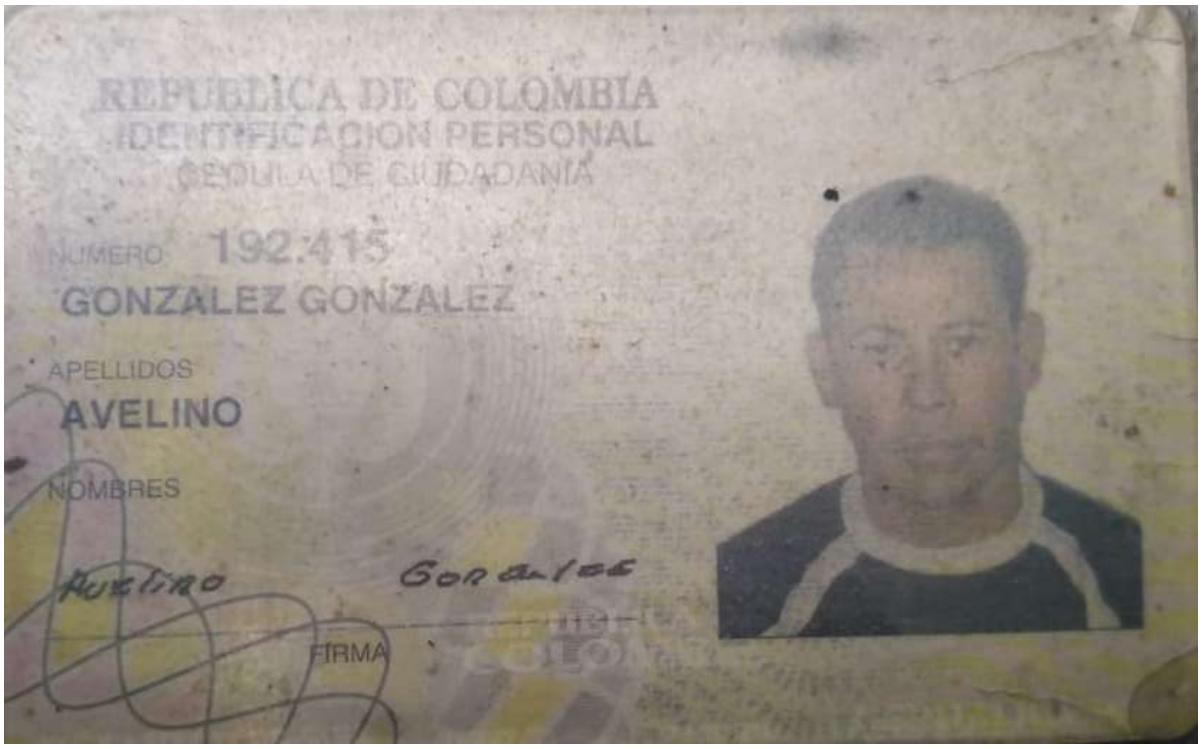
Yo, **MICHAEL GIOVANY ALEJO CARREÑO**, identificado con cédula de ciudadanía No. **1.031.139.604** de **Bogotá D.C.**, actuando en representación legal de la empresa **CONSTRUCCIONES C2P**, identificada con NIT **901340675-8**, me permito certificar que el personal relacionado a continuación **nunca ingresó ni estuvo vinculado a la ejecución de las actividades en obra** correspondientes al proyecto.

La documentación de dichas personas fue enviada inicialmente para trámite de autorización de ingreso; sin embargo, al momento en que se aprobó el proceso correspondiente, estas personas **ya no se encontraban vinculadas laboralmente con nuestra empresa**, razón por la cual **no se realizó su ingreso al proyecto ni desarrollaron actividades dentro de la obra**.

# DOC	NOMBRES	APELLIDOS	CARGO	ESTADO	FECHA INGRESO	FECHA RETIRO
1047440404	JUAN CARLOS	BLANCO HOYOS	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	RETIRADO	14-01-2026	16/02/2026
93021761	LUIS EDUARDO	VILLANUEVA	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	RETIRADO	30-12-2025	31-12-2025
79967491	LUIS FERNANDO	GARCIA HERREÑO	OPERARIO AYUDANTE DE OBRA	RETIRADO	30-12-2025	31-12-2025

De conformidad con lo anterior el representante legal suscrito en el presente documento firma en constancia de la información.

Michael Giovany Alejo Carreño
Representante legal
Construcciones c2p



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 192.415

GONZALEZ GONZALEZ

APELLIDOS

AVELINO

NOMBRES

Avelino Gonzalez

FIRMA



FECHA DE NACIMIENTO 25-JUN-1976

ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA

O+ G.S. RH

M SEXO

31-JUL-1997 BITUIMA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

INDICE DERECHO

A-1500150-00163084-M-0000192415-20090716 0013556286A 1 1500102755

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

S.Silvana Diaz Millan

NOMBRE DEL TRABAJADOR Avelino Gonzalez | CARGO Instalador | C.C. 192 415

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas de seguridad	Chaqueta	Chaleco	
1	15	01	26	1	1			1							1					1		1			Avelino G
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	19/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST
Nombre de quien recibe la inducción:	AVELINO GUTIERREZ	Cédula:	1924415
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	SIGUEY
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA AVELINO G	NOMBRE: AVELINO G CARGO: OFICIAL
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Evelino gonzales

IDENTIFICADO CON C.C : 7924[illegible]

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficial

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [x] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [x] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [ ] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 19/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Evelino G.	[illegible]
FIRMA	**FIRMA RESPONSABLE SST**
EVALINO	Yadlina Sanchez

Scanned with CamScanner

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 # 164-58
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE 2018

N° Certificado

TA-5496

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de Trabajo
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura a:

AVELINO GONZALEZ GONZALEZ

Con número de identificación 192415 vinculado a la empresa SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN con NIT 52093675, representada por SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN y con afiliación a la ARL SURA, asistió y aprobó el curso de formación en:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una duración de (8) horas

Curso realizado en Bogotá el 09 enero 2026
se expide el 09 enero 2026 en la ciudad de Bogotá

DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO .
RES. No.74112 - 19/05/2019
ENTRENADOR

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC 6072
POR EL ICONTEC CS-CER614515
APROBACIÓN DEL MINISTERIO DE TRABAJO 08SE2018220000000028172

LAURA CAMILA RODRIGUEZ OLAYA
DELEGADO ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 323-2193707
https://www.ansarcursosdealturas.com/ - ansarverificacion@gmail.com - Dirección: Cr 22 # 164 -58 - Bogotá - Colombia

Bogotá D.C., enero 12 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que AVELINO GONZALEZ GONZALEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 192415, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
SEDE DONDE SE FORMÓ: TOBERIN
EMPLEADOR: SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/01/2026 a 09/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 12 de 2026

Medellín, 26 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C192415	GONZALEZ GONZALEZ AVELINO	26/12/2025		9186250N	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C520936752536054168

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/12/2025 15:02:48 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 167.0.146.89, 192.230.104.1, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016031425	0|5|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
GONZALEZ Primer apellido	GONZALEZ Segundo apellido	AVELINO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	192415	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	ANOLAIMA		2|5|0|6|1|9|7|6

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 68 C 0 28 LA IGUALDAD		3217810961	FGGONZALEZ11051974@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	PUENTE ARANDA	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C		VS AMERICAS - UOD CPO AMERICAS	VSAMERICAS - UODCPOAMER
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN	CC	52093675	01

59.Ubicación				
CALLE 60 15 A 17 APARTAMENTO 102 Dirección	3168327886 Teléfono fijo o celular	SSILVANADIAZ@YAHOO.ES Correo electrónico	BOGOTA Departamento	BOGOTA Municipio/distrito

No de Radicacion
4016031425

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- ☐ **69.** Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- ☐ **70.** Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- ☐ **71.** Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- ☐ **72.** Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- ☐ **73.** Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- ☐ **74.** Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- ☐ **75.** Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- ☐ **76.** Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- ☐ **77.** Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- ☐ **78.** Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Aydinu Gonzalez	

X.ANEXOS

- ☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

Protección

Fondo de Pensiones Obligatorias Protección

NIT 800.229.739

Hace constar que:

El(la) Señor(a) **GONZALEZ GONZALEZ AVELINO** identificado(a) con **CC** número **192.415** se encuentra afiliado(a) en Pensiones Obligatorias a PROTECCIÓN, desde el día 14 de marzo de 1998 y sus recursos se encuentran distribuidos como se enuncia a continuación, de conformidad con lo consagrado en el Decreto 2373 de 2010 así:

1. El 60% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MODERADO
2. El 40% al FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PROTECCIÓN MAYOR RIESGO

Esta constancia se expide a petición del(la) interesado(a) el día 05 de enero de 2026.

Cordialmente,



Cesar Mauricio Aubad Echeverry
Equipo Soporte para Clientes

***Importante:** Esta constancia solo hace referencia a los productos mencionados anteriormente.

*Si desea verificar la veracidad de esta información comuníquese con nosotros:
Asesor Virtual Pronto en nuestro Portal Web www.proteccion.com y App o comunicarse con la Línea de Servicio en:
Bogotá **(601) 482 33 64** – Medellín **(604) 510 90 99** – Cali **(602) 386 00 80** -
Barranquilla **(605) 319 79 99** – Cartagena **(605) 642 49 99** – WhatsApp **+57 310 220 5575**
o llámanos desde tu computador desde cualquier lugar del mundo ingresando a **https://customers.wolkvox.com/clicktocall/proteccion/**

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN NIT: 52093675-9

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ GONZALEZ AVELINO	Masculino	49 Años	CC (Tipo)	192415 (Número)

Cargo **INSTALADOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: GONZALEZ GONZALEZ AVELINO
CC 192415

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C, 12 de Enero 2.026

Señores
CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HC
Atn. Coordinador SST
Ciudad

Referencia: Respaldo y aceptación de recomendaciones médicas ocupacionales – EMO

Por medio de la presente, el empleador y el trabajador manifiestan que han revisado el Examen Médico Ocupacional (EMO) realizado al trabajador AVELINO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, practicado el día 09 de enero de 2026, el cual se adjunta al presente oficio.

Así mismo, se deja constancia de que ambas partes respaldan y acogen las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas, con el fin de preservar la salud del trabajador y dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

De manera resumida, las recomendaciones médicas establecidas en el EMO son las siguientes:

- Evitar la manipulación manual de cargas excesivas.
- Realizar pausas activas periódicas durante la jornada laboral.
- Usar de manera permanente los elementos de protección personal asignados.
- No realizar trabajos en alturas sin la capacitación, certificación y condiciones médicas aptas.
- Mantener posturas adecuadas durante el desarrollo de las labores.

El empleador se compromete a implementar y garantizar el cumplimiento de las recomendaciones médicas, y el trabajador a acatarlas de forma responsable durante el desarrollo de sus funciones.

La presente comunicación se firma como constancia de conocimiento, aceptación y respaldo de las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas.

Cordialmente,

Arq. Silvana Diaz Millán
CC. 52.093.675
Empleador

Avelino González González
C.C.: 192.415
Trabajador

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:29:04 horas del 12/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **192415,**
Apellidos y Nombres **GONZALEZ GONZALEZ AVELINO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN**, con NIT **520936750-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA (MANTENIMIENTO DE CUBIERTAS)

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	SUGEY SILVANA DÍAZ MILLAN
CC	52093675
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	AVELINO GONZALEZ GONZALEZ
IDENTIFICACION	CC 192.415
DIRECCION DEL TRABAJADOR	CR 68 C # 0 -21 La Igualdad – Bogotá,D.C
FECHA DE NACIMIENTO	22 de Febrero de 1978
CARGO	INSTALADOR
SALARIO:	$ 1.750.500
PERIODO DE PAGO	MENSUAL
FECHA INICIO	Enero 6 de 2026
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PROTECCION
ARL	ARLSURA

Entre los suscritos a saber:
EMPLEADOR: SUGEY SILVANA DÍAZ MILLÁN, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.093.675 de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará EL EMPLEADOR. TRABAJADOR: AVELINO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 192.415, domiciliado en Bogotá D.C., quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR. Las partes acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA, el cual se regirá por las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas laborales vigentes, de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO El EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR para ejecutar labores de REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y/O INSTALACIÓN DE CUBIERTAS, incluyendo trabajos en alturas, actividades propias del mantenimiento locativo y labores conexas necesarias para la correcta ejecución de la obra contratada.

SEGUNDA. DURACIÓN El presente contrato es POR OBRA O LABOR DETERMINADA y tendrá vigencia desde el día 6 de Enero de 2026 y hasta la terminación total del mantenimiento de cubiertas requerido, cuya duración estimada es de aproximadamente UN (1) MES. El contrato finalizará automáticamente una vez concluida la obra o labor contratada, sin necesidad de preaviso ni indemnización.

TERCERA. LUGAR DE EJECUCIÓN El TRABAJADOR ejecutará sus labores en la ciudad de Bogotá D.C., o en los lugares donde se desarrolle la obra de mantenimiento de cubiertas, según las instrucciones del EMPLEADOR.

CUARTA. CARGO El TRABAJADOR desempeñará el cargo de INSTALADOR Y/O MANTENIMIENTO DE CUBIERTAS (TRABAJO EN ALTURAS).

QUINTA. JORNADA DE TRABAJO La jornada ordinaria será de ocho (8) horas diarias, de lunes a viernes, dentro del horario comprendido entre las 7:00 a.m. y las 5:00 p.m., incluyendo una (1) hora de descanso. El trabajo suplementario, horas extras, dominicales o festivos solo se realizará cuando sea previamente autorizado por el EMPLEADOR y será remunerado conforme a la ley.

SEXTA. SALARIO Como remuneración por sus servicios, el EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR un salario mensual de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($1.750.500), equivalente al salario mínimo legal mensual vigente para el año 2026, más el auxilio legal de transporte si a ello hubiere lugar, y las prestaciones sociales de ley. El salario será pagado de forma mensual o proporcional al tiempo efectivamente laborado.

SÉPTIMA. FORMA Y PERIODO DE PAGO El salario se pagará de manera mensual, mediante transferencia bancaria o en el lugar de la obra, conforme a los tiempos establecidos por el EMPLEADOR.

OCTAVA. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR Además de las obligaciones legales consagradas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, son obligaciones especiales del TRABAJADOR:
Ejecutar personalmente la labor contratada con diligencia y responsabilidad.
Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo, especialmente las relacionadas con trabajo en alturas.
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal suministrados.
Acatar las instrucciones impartidas por el EMPLEADOR o sus representantes.
NOVENA. SEGURIDAD SOCIAL El EMPLEADOR afiliará al TRABAJADOR al Sistema de Seguridad Social Integral, así: EPS: SALUD TOTAL AFP: PROTECCIÓN ARL: ARL SURA
DÉCIMA. TERMINACIÓN Son causales de terminación del presente contrato las previstas en los artículos 61, 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, así como la finalización de la obra o labor contratada.
DÉCIMA PRIMERA. INTEGRIDAD DEL CONTRATO El presente contrato reemplaza cualquier acuerdo verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las partes sobre el mismo objeto.
DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES Cualquier modificación al presente contrato deberá constar por escrito y ser firmada por ambas partes.

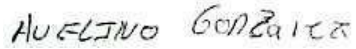
Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., a los cinco (5) días del mes de Enero de dos mil veintiséis (2026).

EL EMPLEADOR



S. Silvana Díaz Millán
C.C. No 52.093.675 de Bogotá

EL TRABAJADOR



Avelino González González
C.C. No 192.415

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **11.440.556**

GONZALEZ GONZALEZ
APELLIDOS

FERNANDO
NOMBRES

Fernando Gonzalez
FIRMA





INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **11-MAY-1974**
ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.62 ESTATURA | **A+** G.S. RH | **M** SEXO

07-FEB-1994 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADORA NACIONAL
ALMA BEATRIZ RENGIFO LOPEZ

A-1507600-39124231-M-0011440556-20040414 **00136** 04105H 02 110496783

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

S.Silvana Diaz Millan

NOMBRE DEL TRABAJADOR Fernando Gonzalez | CARGO Instalador | C.C. 1144055 6

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas de seguridad	Chaqueta	Chaleco	
1	15	01	26	1	1			1							1					1		1			Fernando G
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	SIG-F-002
	REGISTRO DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN	V-2

FECHA DE INDUCCIÓN:	19/01/2026		
Nombre del responsable:	Thalia Sanabria	Cargo:	SST.
Nombre de quien recibe la inducción:	fernando Gonzalez	Cédula:	
DEPENDENCIA/PROYECTO	Obra	CONTRATISTA:	Sara
NOMBRE DEL CONTRATISTA	CNE	CARGO	Oficial

Por favor marque con X, las casillas de los temas que fueron abordados durante el proceso de inducción.

INDUCCIÓN [X] RE-INDUCCIÓN [ ]

INDUCCIÓN EN SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

TEMAS SOCIALIZADOS		TEMAS SOCIALIZADOS	
Definición y Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo	✓	Procedimientos en casos de emergencia	✓
Comité Paritario de seguridad y salud en el trabajo COPASST – VIGIA	✓	Peligros y riesgos a los cuales se encuentra expuesto	✓
Comité de Convivencia Laboral – VIGIA	✓	Controles establecidos para los diferentes peligros a los cuales se encuentra expuesto.	✓
Incidente, Accidente de Trabajo y Enfermedad Laboral y el procedimiento para su reporte.	✓	Procedimientos de trabajo seguro para el cargo a desempeñar	✓
Acto Inseguro y Condición insegura	✓	Elementos de protección personal EPP para el cargo	✓
Procedimientos administrativos	✓	Uso y mantenimiento de los EPP	✓
Señalización y demarcación de áreas	✓	Procedimientos ambientales	✓
Normatividad específica del SST	✓		
Responsabilidades frente al SG-SST	✓		

Normas generales de seguridad:

*No se distraiga, este atento a lo que hace y como lo hace.
*Trabajar con autocuidado y usando los EPP suministrados.
*Cumplir con las normas y procedimientos seguros establecidos por la empresa.
*Reporte inmediatamente las condiciones laborales que considere pueden afectar su salud o su desempeño laboral.
*Identifique los riesgos de su área de trabajo y reporte al área de seguridad y salud en el trabajo las condiciones inseguras

El trabajador acepta:

1. Que ha recibido el programa de inducción o reinducción donde se informó los peligros a los cuales está expuesto y su participación para el control de estos.
2. Que es conocedor de las responsabilidades legales en seguridad y salud en trabajo establecidas por la empresa.
3. Que es conocedor de las responsabilidades que acarreará el incumplimiento de estas obligaciones y que se aplicarán las medidas descritas en el reglamento interno de trabajo.

Persona que recibe la Inducción Reinducción FIRMA fernando · Gonzalez	NOMBRE: fernando Gonzalez CARGO: Oficial
Persona que realizó la capacitación: FIRMA: Thalia Sanabria NOMBRE: Thalia Sanabria	OBSERVACIONES:

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

SIG-F-003

EVALUACIÓN DE INDUCCIÒN-REINDUCCIÒN

V-1

NOMBRE COMPLETO Fernando Gonzalez Gonzalez.	CARGO instalador.
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE Jardin San Luis	NOMBRE DEL CONTRATISTA Silvan.

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo.

TEMA	RESPUESTA	
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	Prevenir Accidentes y incidentes laborales	042
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	señales diverterncia Señales obligatoriedad.	042
Describa sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	Cumplir Normas y procedimientos participar en Charlas y Capacitaciones	042
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	Caida Alturas, Cortaduras Cerca al Ruido y distinto nivel, golpes	042
Escriba un ejemplo de acto inseguro	No utilizar los Elementos de Protecciòn Personal	042
Escriba un ejemplo de condición insegura	Utilizar con Polideru sin Guarda.	042

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V	
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X	042
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X		042
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X		042
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.		X	042
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X	042
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Politica de Seguridad Vial.		X	042

Fernando Gonzalez	Tulio Andres.	19/01/2016	
FIRMA DEL TRABAJADOR	FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN	
NOTA 5,0	APROBÓ SI X NO	RETROALIMENTACIÓN: SI ____ NO X	NOTA: Cada punto tiene un valor de 0 42

Scanned with CamScanner

	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Fernando Gonzalez.

IDENTIFICADO CON C.C : 7744556

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficial

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales vá estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- [ ] Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- [x] Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- [ ] Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- [x] Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 19/01/26 en la ciudad de Bogotá D

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Fernando Gonzalez	Thalia S.
FIRMA	**FIRMA RESPONSABLE SST**
Fernando	Thalia Sandoval

Scanned with CamScanner

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 # 164-58
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE 2018

N° Certificado

TA-5495

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de Trabajo
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura a:

FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ

Con número de identificación 11440556 vinculado a la empresa SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN con NIT 52093675-9, representada por SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN y con afiliación a la ARL SURA, asistió y aprobó el curso de formación en:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una duración de (8) horas

Curso realizado en Bogotá el 09 enero 2026
se expide el 09 enero 2026 en la ciudad de Bogotá

DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO .
RES. No.74112 - 19/05/2019
ENTRENADOR

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC 6072
POR EL ICONTEC CS-CER614515
APROBACIÓN DEL MINISTERIO DE
TRABAJO 08SE2018220000000028172

LAURA CAMILA RODRIGUEZ OLAYA
DELEGADO ANSAR CENTRO DE FORMACION
PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 323-2193707
https://www.ansarcursosdealturas.com/ - ansarverificacion@gmail.com - Dirección: Cr 22 # 164 -58 - Bogotá - Colombia

Bogotá D.C., enero 12 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 11440556, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
SEDE DONDE SE FORMÓ: TOBERIN
EMPLEADOR: SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/01/2026 a 09/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 12 de 2026

Medellín, 26 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C11440556	GONZALEZ GONZALEZ FERNANDO	26/12/2025		42226196	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C520936752536054104

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/12/2025 15:01:44 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 167.0.146.89, 192.230.104.1, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016031351	0|5|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
GONZALEZ Primer apellido	GONZALEZ Segundo apellido	FERNANDO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	11440556	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:		
COLOMBIA	COLOMBIA	CUNDINAMARCA	ANOLAIMA		1|1|0|5|1|9|7|4

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	PORVENIR FPC	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 68 C 0 28 LA IGUALDAD		3217810961	FGGONZALEZ11051974@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA	BOSA	Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS		54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
C	VS PASEO VILLA DEL RIO - VS PASEO VILLA DEL RIO		VSVILLAORI - VSVILLAORI
B	-		-
B	-		-
B	-		-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN	CC	52093675	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CALLE 60 15 A 17 APARTAMENTO 102	3168327886	SSILVANADIAZ@YAHOO.ES	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016031351

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.**☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.**☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.**☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.**☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.**☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.**☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.**☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.**☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.**☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.**☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Fernando Gonzalez	

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.**☐ **RC.**☐ **TI.**☐ **CC.**☐ **PA.**☐ **CE.**☐ **CD.**☐ **SC.**☐ **PT.**☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial		93. Nombre de la Institución
Código del municipio	Código del Departamento	
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		
96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

SOCIEDAD ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTÍAS PORVENIR S.A.

En su condición de administradora del

FONDO DE PENSIONES OBLIGATORIAS PORVENIR

NIT 800.224.808-8

CERTIFICA QUE:

FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ, identificado(a) con cédula de ciudadanía **11.440.556**, se encuentra afiliado(a) al **Fondo de Pensiones Obligatorias Porvenir**.

La presente certificación se expide el 5 de Enero del 2026.

Cordialmente,

Gerencia de Clientes

Tenga en cuenta:

Es fundamental que revise periódicamente su Historia Laboral, el capital ahorrado y las semanas que tiene registradas, si presenta inconsistencias, ingrese a www.porvenir.com.co y actualice su Historia Laboral.

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN NIT: 52093675-9

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ GONZALEZ FERNANDO	Masculino	51 Años	Tipo: CC	Número: 11440556

Cargo **INSTALADOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma:
Nombre: GONZALEZ GONZALEZ FERNANDO
CC 11440556

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C, 12 de Enero 2.026

Señores
CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HC
Atn. Coordinador SST
Ciudad

Referencia: Respaldo y aceptación de recomendaciones médicas ocupacionales – EMO

Por medio de la presente, el empleador y el trabajador manifiestan que han revisado el Examen Médico Ocupacional (EMO) realizado al trabajador FERNANDO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, practicado el día 09 de enero de 2026, el cual se adjunta al presente oficio.

Así mismo, se deja constancia de que ambas partes respaldan y acogen las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas, con el fin de preservar la salud del trabajador y dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

De manera resumida, las recomendaciones médicas establecidas en el EMO son las siguientes:

- Evitar la manipulación manual de cargas excesivas.
- Realizar pausas activas periódicas durante la jornada laboral.
- Usar de manera permanente los elementos de protección personal asignados.
- No realizar trabajos en alturas sin la capacitación, certificación y condiciones médicas aptas.
- Mantener posturas adecuadas durante el desarrollo de las labores.

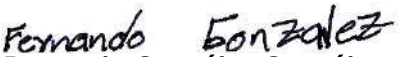
El empleador se compromete a implementar y garantizar el cumplimiento de las recomendaciones médicas, y el trabajador a acatarlas de forma responsable durante el desarrollo de sus funciones.

La presente comunicación se firma como constancia de conocimiento, aceptación y respaldo de las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas.

Cordialmente,



Arq. Silvana Diaz Millán
CC. 52.093.675
Empleador



Fernando González González
C.C.: 11.440.556
Trabajador

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 19:23:01 horas del 12/01/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **11440556,**
Apellidos y Nombres **GONZALEZ GONZALEZ FERNANDO**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN**, con NIT **512093675-9** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

CONTRATO INDIVIDUAL DE TRABAJO DE DURACIÓN POR LA OBRA DE MANTENIMIENTO DE CUBIERTAS

NOMBRE DEL EMPLEADOR:	SUGEY SILVANA DÍAZ MILLAN
CC	52093675
NOMBRE DEL TRABAJADOR:	FERNANDO GONZALEZ GONZALEZ
IDENTIFICACION	CC 11.440.556
DIRECCION DEL TRABAJADOR	CR 68 C # 0 -21 La Igualdad – Bogotá,D.C
FECHA DE NACIMIENTO	11 de Mayo de 1974
CARGO	INSTALADOR
SALARIO:	$ 1.750.500
PERIODO DE PAGO	MENSUAL
FECHA INICIO	Enero 6 de 2026
EPS	SALUD TOTAL
AFP	PORVENIR
ARL	ARL SURA

Entre los suscritos a saber:
EMPLEADOR: SUGEY SILVANA DÍAZ MILLÁN, mayor de edad, identificada con cédula de ciudadanía No. 52.093.675 de Bogotá D.C., quien para efectos del presente contrato se denominará EL EMPLEADOR. TRABAJADOR: FERNANDO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía No. 11.440.556, domiciliado en Bogotá D.C., quien en adelante se denominará EL TRABAJADOR. Las partes acuerdan celebrar el presente CONTRATO DE TRABAJO POR OBRA O LABOR DETERMINADA, el cual se regirá por las disposiciones del Código Sustantivo del Trabajo y demás normas laborales vigentes, de conformidad con las siguientes cláusulas:

PRIMERA. OBJETO DEL CONTRATO El EMPLEADOR contrata los servicios personales del TRABAJADOR para ejecutar labores de REPARACIÓN, MANTENIMIENTO Y/O INSTALACIÓN DE CUBIERTAS, incluyendo trabajos en alturas, actividades propias del mantenimiento locativo y labores conexas necesarias para la correcta ejecución de la obra contratada.

SEGUNDA. DURACIÓN El presente contrato es POR OBRA O LABOR DETERMINADA y tendrá vigencia desde el día 6 de Enero de 2026 y y hasta la terminación total del mantenimiento de cubiertas requerido, cuya duración estimada es de aproximadamente UN (1) MES. El contrato finalizará automáticamente una vez concluida la obra o labor contratada, sin necesidad de preaviso ni indemnización.

TERCERA. LUGAR DE EJECUCIÓN El TRABAJADOR ejecutará sus labores en la ciudad de Bogotá D.C., o en los lugares donde se desarrolle la obra de mantenimiento de cubiertas, según las instrucciones del EMPLEADOR.

CUARTA. CARGO El TRABAJADOR desempeñará el cargo de INSTALADOR Y/O MANTENIMIENTO DE CUBIERTAS (TRABAJO EN ALTURAS).

QUINTA. JORNADA DE TRABAJO La jornada ordinaria será de ocho (8) horas diarias, de lunes a viernes, dentro del horario comprendido entre las 7:00 a.m. y las 5:00 p.m., incluyendo una (1) hora de descanso. El trabajo suplementario, horas extras, dominicales o festivos solo se realizará cuando sea previamente autorizado por el EMPLEADOR y será remunerado conforme a la ley.

SEXTA. SALARIO Como remuneración por sus servicios, el EMPLEADOR pagará al TRABAJADOR un salario mensual de UN MILLÓN SETECIENTOS CINCUENTA MIL QUINIENTOS PESOS M/CTE ($1.750.500), equivalente al salario mínimo legal mensual vigente para el año 2026, más el auxilio legal de transporte si a ello hubiere lugar, y las prestaciones sociales de ley. El salario será pagado de forma mensual o proporcional al tiempo efectivamente laborado.

SÉPTIMA. FORMA Y PERIODO DE PAGO El salario se pagará de manera mensual, mediante transferencia bancaria o en el lugar de la obra, conforme a los tiempos establecidos por el EMPLEADOR.

OCTAVA. OBLIGACIONES DEL TRABAJADOR Además de las obligaciones legales consagradas en el artículo 58 del Código Sustantivo del Trabajo, son obligaciones especiales del TRABAJADOR:
Ejecutar personalmente la labor contratada con diligencia y responsabilidad.
Cumplir las normas de seguridad y salud en el trabajo, especialmente las relacionadas con trabajo en alturas.
Utilizar adecuadamente los elementos de protección personal suministrados.
Acatar las instrucciones impartidas por el EMPLEADOR o sus representantes.
NOVENA. SEGURIDAD SOCIAL El EMPLEADOR afiliará al TRABAJADOR al Sistema de Seguridad Social Integral, así: EPS: SALUD TOTAL AFP: PROTECCIÓN ARL: ARL SURA
DÉCIMA. TERMINACIÓN Son causales de terminación del presente contrato las previstas en los artículos 61, 62 y 63 del Código Sustantivo del Trabajo, así como la finalización de la obra o labor contratada.
DÉCIMA PRIMERA. INTEGRIDAD DEL CONTRATO El presente contrato reemplaza cualquier acuerdo verbal o escrito celebrado con anterioridad entre las partes sobre el mismo objeto.
DÉCIMA SEGUNDA. MODIFICACIONES Cualquier modificación al presente contrato deberá constar por escrito y ser firmada por ambas partes.

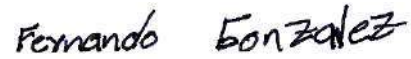
Para constancia se firma en la ciudad de Bogotá D.C., cinco (5) días del mes de Enero de dos mil veintiséis (2026).
.

EL EMPLEADOR



S. Silvana Díaz Millán
C.C. No 52.093.675 de Bogotá

EL TRABAJADOR



Fernando González González
C.C. No 11.440.556



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 11.444.956
GONZALEZ GONZALEZ
APELLIDOS
EDELFONSO
NOMBRES

Edelfonzo G.
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 22-FEB-1978
ANOLAIMA
(CUNDINAMARCA)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.68 ESTATURA
O+ G.S. RH
M SEXO

15-SEP-1998 FACATATIVA
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-1501300-00178193-M-0011444956-20090915 0016072658A 1 28900376

REGISTRADURIA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL

REGISTRO DE ENTREGA DE E.P.P.

S.Silvana Diaz Millan

NOMBRE DEL TRABAJADOR Edelfonso Gonzalez | CARGO Instalador | C.C. 1144144956

No.	FECHA			Cabeza		Facial			Respiratoria				Brazos/Manos				Auditiva		Corporal				OTROS		FIRMA DE RECIBIDO A SATISFACCIÓN
	DIA	MES	AÑO	Casco	Barbuquejo	Careta	Gafas de seguridad oscuras	Gafas de seguridad claras	Cartuchos gases y vapores	Mascarilla media cara	Protector respiratorio desechable	Tapabocas	Mosqueton	Guantes caucho	Guantes Nylon	Guantes Vaqueta	Protección auditiva copa	Protección de inserción	Arnés y eslingas	Overol y/ pantalón y camisa	Impermeable	Botas de seguridad	Chaqueta	Chaleco	
1	07	07	26	1	1			1							1					1		1			Edelfon206
2																									
3																									
4																									
5																									
6																									
7																									
8																									
9																									
10																									
11																									
12																									
13																									
14																									
15																									
16																									

NOTA: Confirmo que he recibido los EPP adecuados para mi trabajo y es mi responsabilidad usarlos de manera adecuada y reportar su daño de manera oportuna.

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA	NOTIFICACIÓN DE RIESGOS	SGI-F-13 Versión: 1 10/12/2025

NOTIFICACION DE RIESGO AL TRABAJADOR: Edelfonso gonzalez

IDENTIFICADO CON C.C : 714 [illegible]

DESEMPEÑARE EL CARGO DE : Oficial

DESCRIPCIÓN: Notificación de riesgos a los cuales va estar expuesto; las acciones preventivas a tener en cuenta y los elementos /equipos de proteccion personal a usar de manera permanente durante la permanencia en sus actividades constructivas.

ELEMENTOS DE PROTECCIÓN PERSONAL: De acuerdo a la matriz de Elementos / Equipos de proteccion personal.

FACTORES DE RIESGO EXISTENTES (Marque con una (X) el factor de riesgo al que se encontrara expuesto.

SI	**Fisicos :** Ruido, temparatura, calor, frio, radicaciones (radiaciones ionizantes y no ionizantes), deficiente iluminación.	SI	**Mecánico:** Atrapamientos, golpes, c aidas, aplastamientos, contacto.
SI	**Quimicos:** Humo no metalicos, humos metalicos, polvos, vapores, gases, material particulado	SI	**Eléctico:** Baja tensión, conexiones eléctricas defectuosas, extensiones en mal estado , falta de tableros de control
SI	**Biológicos:** Animales (perro), insectos (abejas) baterias(falta de aseo en las manos una vez hace las necesidades fisiológicas.	SI	**Locativos:** Superficies de trabajo irregulares, falta de orden y aseo en áreas
SI	**Psicolaboral:** Contenido de la tarea (trabajo repetitivo, monotonia) , estrés laboral , cansancio fisico y mental	SI	**Seguridad fisica:** Orden público (robo de objetos personales y de trabajo)
SI	**Natural:** Inundaciones, movimientos sísmicos, tormentas y descargas eléctricas (rayos)	SI	**Seguridad vial:** Accidentes de transito; exceso de confianza al cruzar las
SI	**Biomécanico:** Carga estática (postura de pie) malas posturas para hacer	Otros	

Acciones preventivas:

1 Recuerde que debe mantener el área de trabajo ordenada, esto evita accidentes e incidentes
2 No manipule ningún tipo de cableado o circuitos sin verificar antes de que haya paso de energía eléctica.
3 Por su seguridad nunca se retire los elementos / equipos de proteccion personal en obra.
4 No olvide las normas de seguridad de prevención y rutas de evacuación en caso de emergencia.
5 Este atento a las señales sonoras que advierten riesgo (pitos y sirenas).
6 Inspeccione los sitios de trabajo, para identificar huevos, zanjas que ocasiones caidas o golpes.
7 Cuando requiera trabajar en alturas es necesario estar previamente autorizado y debera cumplir con las normas para esta labor.
8 Asegúrese que no haya ningun tipo de resdes que puedan afectar su integridad fisica durante su labor (energia, gas, acueducto, etc).
9 No fume dentro de la obra y/o en las áreas de trabajo.
10 Cumplir y promosionar la politica de anti-alcoholismo y anti-drogadicción de la empresa.

Despues de socializado las factores de riesgo existente para la ejecucion de mis labores en el cargo , me comprometo a cumplir con las acciones preventivas y

Procedimiento de notificación al DERECHO AL EXAMEN DE EGRESO: Una vez el personal se retire o se termine el contrato, es opcional la toma del examen medico de egreso por parte de su empleador, este será gratuito y dispone de tres días calendario para reclamar la orden para

POLÍTICAS Y REGLAMENTOS DE LA EMPRESA QUE FUERON SOCIALIZADOS

- ☐ Reglamento en Seguridad e Higiene Industrial
- ☐ Política Empresarial de Gestión de Seguridad Y Salud en el Trabajo
- ☐ Política de prevención de consumo, posesión y distribución de tabaquismo, drogas y alcoholismo
- ☐ Otro

Firma la presente notificación de riesgos, politicas y reglamentos internos el día 15/01/26 en la ciudad de Bogotá

NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR NOTIFICADO	DIVULGADO Y APROBADO POR:
Edelfonso G.	[illegible]
FIRMA Edelfonso	FIRMA RESPONSABLE SST Andrea Endrion

Scanned with CamScanner

CONSORCIO NUEVA ESPERANZA

SISTEMA DE GESTIÒN DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

EVALUACIÓN DE INDUCCIÓN-REINDUCCION

NOMBRE COMPLETO Eleiterio. Gonzalez.	CARGO Aprendiz
NOMBRE DEL PROYECTO A DONDE PERTENECE Jardin social Parque Verde	NOMBRE DEL CONTRATISTA Silvana Daza

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas con la Inducción a su puesto de trabajo

TEMA	RESPUESTA
Defina la función del SISTEMA DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO	prevenir accidentes y enfermedades
Escriba dos ejemplos de señales de seguridad	preventivos informativos
Escriba sus responsabilidades ante el Sistema de Seguridad y salud en el trabajo.	portisipar en charlas y capacitaciones cumplir normas de seguridad
Describa los peligros a los que está usted expuesto en su cargo.	golpes fractura caidas cortes
Escriba un ejemplo de acto inseguro	no utilisar EPP no verificar la erramienta
Escriba un ejemplo de condición insegura	

Por favor diligencia las casillas con F = FALSO, V= VERDADERO a las siguientes preguntas

CONCEPTO	DEFINICIÓN	F	V
COPASST	Un organismo de vigilancia y control del cumplimiento de las normas en seguridad y salud en el trabajo		X
ENFERMEDAD LABORAL	Enfermedad laboral es aquella causada de manera directa por el ejercicio de las actividades desarrolladasde un accidente laboral, produciendo desde una incapacidad hasta la muerte.	X	
COMITÉ DE CONVIVENCIALABORAL	Un organismo formado para organizar las actividades de capacitación en Lo relacionado con los planes de emergencia de la empresa.	X	
ACCIDENTE DETRABAJO	Todo suceso repentino que se presente dentro de las actividades laborales incluyendo el tiempo de desplazamiento hacia el trabajo en el servicio público o vehículo particular.	X	
LA BRIGADA DE EMERGENCIAS	Está formada por personas voluntarias que tienen entre otras funciones: evacuación, incendios, primeros auxilios.		X
POLÍTICAS DE LA EMPRESA	Son: Política Integral del SIG, Política de Prevención del consumo de alcohol, Política de Seguridad Vial.		X

Eleiterio Gonzalez		Thalia Arteaga	15/01/2026.
FIRMA DEL TRABAJADOR		FIRMA DEL EVALUADOR	FECHA DE LA INDUCCIÓN
NOTA 5.0	APROBÓ SI / NO	RETROALIMENTACIÓN. SI ____ NO X	NOTA Cada punto tiene un valor de 0.42

Scanned with CamScanner

ÁNSAR

CENTRO DE FORMACIÓN PARA TRABAJO EN ALTURAS
NIT 901017949-7 DIRECCIÓN CR 22 # 164-58
LICENCIA EN S.O. RES. 6450 DE 2018

N° Certificado

TA-5498

En cumplimiento de la resolución 4272 del 2021 del Ministerio de Trabajo
Se emite este certificado de capacitación y entrenamiento para trabajo en altura a:

EDELFONSO GONZALEZ GONZALEZ

Con número de identificación 11444956 vinculado a la empresa SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN con NIT 52093675, representada por SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN y con afiliación a la ARL SURA, asistió y aprobó el curso de formación en:

TRABAJO EN ALTURAS NIVEL REENTRENAMIENTO

Con una duración de (8) horas

Curso realizado en Bogotá el 09 enero 2026
se expide el 09 enero 2026 en la ciudad de Bogotá

DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO .
RES. No.74112 - 19/05/2019
ENTRENADOR

CERTIFICADOS EN LA NORMA NTC 6072
POR EL ICONTEC CS-CER614515
APROBACIÓN DEL MINISTERIO DE
TRABAJO 08SE2018220000000028172

LAURA CAMILA RODRIGUEZ OLAYA
DELEGADO ANSAR CENTRO DE FORMACION
PARA TRABAJO EN ALTURAS S.A.S

La autenticidad de este documento se puede verificar llamando a la línea 323-2193707
https://www.ansarcursosdealturas.com/ - ansarverificacion@gmail.com - Dirección: Cr 22 # 164 -58 - Bogotá - Colombia

Bogotá D.C., enero 12 de 2026

CONSTANCIA DE FORMACIÓN VOCACIONAL

La Dirección de Movilidad y Formación para el Trabajo, del Ministerio del Trabajo, hace constar que EDELFONSO GONZALEZ GONZALEZ, identificado(a) con CÉDULA DE CIUDADANÍA número 11444956, registra la siguiente información de capacitación laboral :

NOMBRE DEL PROGRAMA: TRABAJO EN ALTURAS REENTRENAMIENTO SECTORIAL 4272
OFERENTE DE CAPACITACIÓN: ANSAR CENTRO DE FORMACION PARA TRABAJO EN ALTURAS SAS
ENTRENADOR: DIANA CAROLINA MEJIA CARDOZO
SEDE DONDE SE FORMÓ: TOBERIN
EMPLEADOR: SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN
ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES DEL TRABAJADOR: SURA

SECTOR ECONÓMICO: CONSTRUCCION
FECHAS DE FORMACIÓN: 09/01/2026 a 09/01/2026
INTENSIDAD HORARIA: 8 horas

La constancia de formación vocacional refleja lo registrado en la base de datos del Ministerio del Trabajo, de conformidad con los reportes realizados por los Centros de Entrenamiento debidamente habilitados para impartir formación para el trabajo.

Se expide la presente constancia el día enero 12 de 2026

Medellín, 26 de Diciembre de 2025

LA DIRECCIÓN DE ASEGURAMIENTO SEGUROS OBLIGATORIOS

HACE CONSTAR:

Que la(s) persona(s) relacionada(s) en el siguiente listado, se encuentra(n) afiliada(s) en Riesgos Laborales desde las fechas indicadas, a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. como trabajadores de SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN, en el centro de trabajo 0000000001 - PRINCIPAL BOGOTA DC, Clase de riesgo 5, Porcentaje de cotización 6.96%.

A continuación se relacionan las fechas de afiliación

Número identificación	Nombre	Fecha inicio afiliación	Fecha fin afiliación	Código de transacción	Tipo Cotizante	Estado
C11444956	GONZALEZ GONZALEZ EDELFONSO	26/12/2025		24242167	DEPENDIENTE	EN COBERTURA

Si desea validar que este certificado haya sido realmente emitido por ARL Sura y la información aquí contenida sea real, visite www.arlsura.com.co / validar certificados e ingrese el siguiente código único de generación válido por un mes:C520936752536054129

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Dirección de Aseguramiento Seguros Obligatorios

Este certificado tiene validez para efectos de afiliación del trabajador a SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A. así como para su desafiliación
Importante: La información contenida en este certificado puede ser validada en cualquier momento por SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA S.A.

Este certificado fue generado con la información registrada en la base de datos el 26/12/2025 15:02:09 .
Los trabajadores marcados con asterisco (*) son afiliados Independientes.
Las coberturas marcadas con dos asteriscos (**) son coberturas pendientes de retiro.

Dirección IP: 167.0.146.89, 192.230.104.1, 172.16.42.57

FORMULARIO ÚNICO DE AFILIACIÓN Y REGISTRO DE NOVEDADES AL SGSSS

Salud Total EPS-S

No de Radicacion	Fecha de Radicación
4016031391	0|5|0|1|2|0|2|6

I. DATOS DEL TRÁMITE **(Lea las instrucciones que se encuentran anexas al fromulario antes de diligenciarlo)**

1.tipo de tramite — A. Afiliación ☐ B.Reporte de Novedades ☒

2.Tipo afiliacion — A. Individual: -Cotizante Cabeza de familia ☒ -Beneficiario afiliado adicional ☐ B. Colectiva ☐ C. Institucional ☐ D. De oficio ☐

3.Regimen — A.Contributivo ☒ B.Subsidiado ☐

4.Contribución Solidaria — Si ☐ No ☒

5. Tipo de afiliado — A. Cotizante ☒ B. Cabeza de Familia ☐ C. Beneficiario ☐ D. Afiliado adicional ☐

6. Tipo de cotizante — A. Dependiente ☒ B. Independiente ☐ C. Pensionado ☐

7.Codigo (a registrar por la EPS) 1

A. AFILIACIÓN

II. DATOS BÁSICOS DE IDENTIFICACIÓN (del cotizante , cabeza de familia o beneficiario cuando aplique o afiliado adicional)

8.Apellidos y nombres			
GONZALEZ Primer apellido	GONZALEZ Segundo apellido	EDELFONSO Primer nombre	Segundo nombre

9.Tipo documento de Identidad	10.Número del documento de Identidad	11.Sexo biológico	12.Sexo identificación
CC	11444956	Femenino ☐ Masculino ☒	F ☐ M ☒ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

13. Nacionalidad	14.Lugar Nacimiento				15.Fecha Nacimiento
COLOMBIA	Pais: COLOMBIA	Departamento: CUNDINAMARCA	Municipio: ANOLAIMA		2|2|0|2|1|9|7|8

III. DATOS COMPLEMENTARIOS

Datos personales

16.Etnia	17.Comunidad	18.Discapacidad	Si ☐ No ☒
6		Categoria Discapacidad	

19.Tiene encuesta SISBEN	20.Clasificación SISBEN		21.Grupo población especial
SI ☐ NO ☒	Nivel	Grupo	

22. Administradora de riesgos Laborales - ARL	23. Administradora de Pensiones	24. Ingreso base de cotizacion - IBC	25. Tarifa Contribución Solidaria
SEGUROS DE RIESGOS PROFESIONALES SURAMERICANA S.A.	INSTITUTO DE SEGURO SOCIAL	1750905	

26.Residencia

Dirección	Telefono fijo	Telefono celular	Correo electronico
CR 68 C 0 28 LA IGUALDAD		3123785870	EGGONZALEZ22021978@GMAIL.COM

Departamento	Municipio/Distrito	Localidad / comuna	zona
BOGOTA	BOGOTA		Urbana cabecera municipal ☐ Rural dispersa ☐ Urbana centro poblado ☒ Resto rural ☐

IV. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL NUCLEO FAMILIAR

Datos básicos de identificación del cónyuge o compañero(a) permanente cotizante

27. Apellidos y nombres			
Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

28. Tipo documento de identidad	29. Número documento identidad	30. Sexo biológico	31. Sexo identificación
		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual

32. Nacionalidad	33.Lugar Nacimiento			34.Fecha Nacimiento
	Pais:	Departamento:	Municipio:	

Datos básicos de identificación de los beneficiarios y de los afiliados adicionales

35. Apellidos y nombres				
	Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre
B1				
B2				
B3				
B4				
B5				

	36. Tipo documento de identidad	37. Número de identidad	38. Nacionalidad	39.Sexo Biológico		40.Sexo Identificación						41.Lugar Nacimiento			42.Fecha de nacimiento
				Femenino	Masculino	F	M	T	NB	otro	cual	Pais	Departamento	Municipio	
B1															
B2															
B3															
B4															
B5															

Datos complementarios del Beneficiario

	43.Parentesco	44.Etnia	45.Comunidad	46.Grupo poblacional especial	47.Encuesta SISBEN		48.Clasificación SISBEN		49.Discapacidad			50.Incapacidad Permanente	
					Si	No	Nivel	Grupo	Si	No	Categoria	Si	No
B1													
B2													
B3													
B4													
B5													

51. Datos de residencia

	Departamento	Municipio/Distrito	Zona				Teléfono Fijo y/o celular	52.Valor de la UPC del afiliado adicional (a registrar por la EPS)
			Cabecera municipal	Centro poblado	Rural dispersa	Resto rural		
B1								
B2								
B3								
B4								
B5								

	Dirección	Localidad/Comuna	Correo Electrónico
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			

Seleccion de la IPS Primaria

	C	53. Nombre de la Institución Prestadora de Salud - IPS	54.Codigo de la IPS(a registrar por la EPS)
B		VS AMERICAS - UOD DENTOLASER OLAYA	VSAMERICAS - DENTOOLAYA
B		-	-
B		-	-
B		-	-

V. DATOS DE IDENTIFICACION DEL APORTANTE, DE LAS ENTIDADES RESPONSABLES DE LA AFILIACION COLECTIVA O RESPONSABLES DE PAGO

55. Nombre o razón social	56. Tipo de identificación	57. Numero de documento de Identificación	58. Tipo de aportante o pagador de pensiones(a registrar por la EPS)
SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN	CC	52093675	01

59.Ubicación

Dirección	Teléfono fijo o celular	Correo electrónico	Departamento	Municipio/distrito
CALLE 60 15 A 17 APARTAMENTO 102	3168327886	SSILVANADIAZ@YAHOO.ES	BOGOTA	BOGOTA

No de Radicacion
4016031391

B. REPORTE DE NOVEDADES

60. Tipo de Novedad

- ☐ **1.** Modificación datos básicos de identificación
- ☐ **2.** Corrección datos básicos de identificación
- ☐ **3.** Actualización documento de identidad
- ☐ **4.** Actualización y/o corrección datos complementarios
- ☐ **5.** Terminación de la inscripcion en la EPS. Código: ☐
- ☐ **6.** Reporte de pago a través de un tercero; Código: ☐
- ☐ **7.** Inclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☐ **8.** Exclusión de beneficiarios o de afiliados adicionales
- ☒ **9.** Inicio de relación laboral o adquisición de condiciones para cotizar
- ☐ **10.** Terminación de la relacion laboral o perdida de las condiciones para seguir cotizando
- ☐ **11.** Inscripción EPS retorno al país.
- ☐ **12.** Vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **13.** Desvinculación de una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas
- ☐ **14.** Movilidad: ☐ A. Régimen Contributivo ☐ B. Régimen Subsidiado
- ☐ **15.**Traslado: ☐ A. Mismo régimen ☐ B. Diferente régimen
- ☐ **16.** Reporte de fallecimiento del cotizante o cabeza de familia
- ☐ **17.**Reporte del tramite de protección al cesante
- ☐ **18.** Reporte de la calidad de pre-Pensionado
- ☐ **19.** Reporte de la calidad del pensionado
- ☐ **20.** Ingreso a contribución solidaria
- ☐ **21.** Retiro de contribución solidaria

VI. DATOS ACTUALIZADOS SEGÚN REPORTE DE LA NOVEDAD

61. Datos básicos de la identificación

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad	62. Sexo biológico	63.Sexo identificación	64.Fecha de nacimiento
☐		Femenino ☐ Masculino ☐	F ☐ M ☐ T ☐ NB ☐ Otro ☐ Cual	

65.EPS anterior	66.Fecha de Novedad	67.Motivo de traslado Código:	68.Caja de Compensación Familiar o pagador de pensiones
	0|6|0|1|2|0|2|6	☐	

VII. DECLARACIONES Y AUTORIZACIONES

- **69.** ☐ Declaración de dependencia económica de los beneficiarios y afiliados adicionales.
- **70.** ☐ Declaración de la no obligación de afiliarse al Régimen Contributvo,Especial o de Excepción.
- **71.** ☐ Declaración de existencia de razones de fuerza mayor o caso fortuito que impiden la entrega de documentos que acreditan la condición de beneficiarios.
- **72.** ☐ Declaración de no internación del cotizante,cabeza de familia ,beneficiarios o afiliados adicionales en una Institución Prestadora de Salud .
- **73.** ☐ Autorización para que la EPS solicite y obtenga datos y copia de la historia clinica del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales.
- **74.** ☐ Autorización para que la EPS reporte la información que se genere de la afiliación del reporte de novedades a la base de datos de afiliados vigente y a las entidades públicas que poir sus funciones la requieran
- **75.** ☐ Autorización para que la EPS maneje los datos personales del cotizante o cabeza de familia y de sus beneficiarios o afiliados adicionales, de acuerdo con lo previsto en la ley 1581 de 2012 y el Decr eto 1377 de 2013
- **76.** ☐ Autorización para que la EPS envie información al correo electronico o celular como mensaje de texto
- **77.** ☐ Aceptación de las condiciones para vincularse a la Contribución Solidaria y de realizar los pagos correspondientes
- **78.** ☐ Aceptación de la actualización del grupo familiar y las tarifas en Contribución Solidaria, según encuesta del Sisbén vigente

VIII. CONTRIBUCIÓN SOLIDARIA

79. En caso de ausencia o fallecimiento del cabeza de familia reporte la persona de su grupo familiar que se hará cargo del pago de la Contribución Solidaria

Apellidos y nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de Identidad	Número documento de Identidad
☐	

IX. FIRMAS

80. Cotizante o cabeza de familia o beneficiario	81. El empleador aportante o entidad responsable de la afiliación colectiva institucional o de oficio
Edelfonzo G.	

X.ANEXOS

☐ **82.**Anexo Copia del documento de identidad: **CN.** ☐ **RC.** ☐ **TI.** ☐ **CC.** ☐ **PA.** ☐ **CE.** ☐ **CD.** ☐ **SC.** ☐ **PT.** ☐

Cantidad: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Total: 0

- ☐ **83.** Copia del dictamen de incapacidad permanente emitido por la autoridad competente.
- ☐ **84.** Copia registro civil de matrimonio, o de la escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la union marital.
- ☐ **85.** Copia de la escritura pública o sentencia judicial que declare el divorcio ,sentencia judicial para que declare la separación de cuerpos y escritura pública,acta de conciliación o sentencia judicial que declare la terminación de la union marital.
- ☐ **86.** Copia certificado de adopción o acta de entrega del menor
- ☐ **87.**Copia orden judicial o acto administrativo de custodia.
- ☐ **88.**Documento en que conste la perdida de la patria potestad, o el certificaco de defunción de los padres o la declaración suscrita por el cotizante sobre la ausencia de los padres.
- ☐ **89.**Copia de la autorización de traslado por parte de la Superintendencia Nacional de Salud
- ☐ **90.**Certificación de vinculación a una entidad autorizada para realizar afiliaciones colectivas.
- ☐ **91.**Copia del acto administrativo o providencia de las autoridades competentes en la que consiste la calidad de beneficiario o se ordene la afiliación de oficio.

XI. DATOS DE LA ENTIDAD TERRITORIAL Y/O INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

92. Identificación de la Entidad Territorial Código del municipio	Código del Departamento	93. Nombre de la Institución
☐	☐	

XII. DATOS DEL FUNCIONARIO DE LA ENTIDAD TERRITORIAL O DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE DE POBLACIÓN ESPECIAL

94. Apellidos y Nombres

Primer apellido	Segundo apellido	Primer nombre	Segundo nombre

Tipo documento de identidad	Número documento de identidad	95.Firma del funcionario
☐		

96. Fecha de Radicación	97. Fecha de Validación	

Observaciones

Recuerde que la firma, al final del formulario, valida las declaraciones marcadas y/o diligenciadas en el capítulo VII Declaraciones y IX. Autorizaciones, asi como la veracidad de las demás información registrada.

LECMAC MEDIC SAS

NIT: 901.330.589-1
Dir: Cra 41 B # 9 -11
Cel: 316 752 9642
Valide su certificado en www.lecmacips.com.co



CONCEPTO MÉDICO OCUPACIONAL

FECHA Y CIUDAD DE REALIZACIÓN DEL EXÁMEN				TIPO DE EXÁMEN MÉDICO OCUPACIONAL
09 DÍA	01 MES	2026 AÑO	BOGOTÁ (BOGOTA D.C. COLOMBIA) Ciudad	EVALUACIÓN OCUPACIONAL DE PRE INGRESO - ALTURAS

DATOS DE LA EMPRESA DONDE LABORA, LABORARÁ O LABORÓ EL TRABAJADOR O ASPIRANTE

SUGEY SILVANA DIAZ MILLAN NIT: 52093675-9

Nombre de la empresa

DATOS DEL TRABAJADOR / ASPIRANTE (Tipo de Documento de identificación CC. Cedula de Ciudadanía, CE. Cedula de Extranjeria, TI. Tarjeta de identidad, PT. Pasaporte)

Apellidos y Nombres	Genero	Edad	Documento de Identificación	
GONZALEZ GONZALEZ EDELFONSO	Masculino	47 Años	CC (Tipo)	11444956 (Número)

Cargo **INSTALADOR**

CONCEPTO DE APTITUD OCUPACIONAL

APTO SIN RECOMENDACIONES PARA LA OCUPACION

Observaciones: No Aplica

APTO PARA TRABAJAR EN ALTURAS

RESTRICCIONES LABORALES	TIPO	RECOMENDACIONES DE APTITUD
NINGUNA	PERMANENTE	NINGUNA

El concepto de Aptitud se definió a partir de los siguientes exámenes practicados:

EVALUACIÓN OCUPACIONAL	✔	AUDIOMETRIA	✔
VISIOMETRIA	✔	PERFIL LIPIDICO	✔
GLICEMIA	✔	OSTEOMUSCULAR	✔

RECOMENDACIONES MEDICAS	RECOMENDACIONES OCUPACIONALES	HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
NINGUNA	USO DE EPP	EVITAR FUMAR CONTROL DE PESO HACER DEPORTE

OTRAS OBSERVACIONES Y RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES PARA LA EMPRESA
" USAR ELEMENTOS DE PROTECCIÓN ADECUADOS EN FORMA CORRECTA SEGÚN ÁREA DE TRABAJO.
" PAUSAS ACTIVAS DURANTE JORNADA LABORAL.
" CAPACITACIÓN EN HIGIENE POSTURAL Y TRABAJO EN ALTURAS
" INCLUIR EN LOS PROGRAMAS DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICO DE ACUERDO CON LOS RIESGOS EVIDENCIADOS EN LA MATRIZ DE PELIGROS DE LA EMPRESA OCUPACIONALES
RECOMENDACIONES PARA EL (LA) USUARIO (A)
" HÁBITOS Y ESTILO DE VIDA SALUDABLE.
" DIETA BALANCEADA Y EJERCICIO FRECUENTE

Consentimiento informado del Aspirante o Trabajador: autorizo al doctor (a) abajo mencionado a realizar mi examen médico ocupacional registrado en este documento. El doctor(a) abajo mencionado me ha explicado la naturaleza y prop ósito del examen. He comprendido y he tenido la oportunidad de analizar el propósito, los beneficios, la interpretación, las limitaciones, y riesgos del examen médico a partir de la asesoría brindada. Entiendo que la realización de este examen es voluntaria y que tuve la oportunidad de retirar mi consentimiento en cualquier momento. Fui informado de las medidas para proteger la confidencialidad de mis resultados. Las respuestas dadas por mí en este examen son completas y ver ídicas. Autorizo al doctor(a) para que suministre a las personas o entidades contempladas en la legislaci ón vigente, la información registrada en este documento, para el buen cumplimiento del sistema de seguridad y salud en el trabajo y para las situaciones contempladas en la misma legislaci ón, igualmente para que remitan la Historia Clínica a la EPS a la cual me encuentro actualmente afiliado. Finalmente manifiesto que he le ído y comprendido perfectamente lo anterior y que todos los espacios en blanco han sido completados entes de mi firma y que me encuentro en capacidad de expresar mi consentimiento.

MÉDICO

Firma:
Nombre: TAYDE AVILA GARCIA
R.M.: 32716395 L.S.O.: 3274-2022

Aspirante o Trabajador

Firma: Edelfon206
Nombre: GONZALEZ GONZALEZ EDELFONSO
CC 11444956

Powered by CamScanner

Bogotá, D.C, 12 de Enero 2.026

Señores
CONSORCIO NUEVA ESPERANZA HC
Atn. Coordinador SST
Ciudad

Referencia: Respaldo y aceptación de recomendaciones médicas ocupacionales – EMO

Por medio de la presente, el empleador y el trabajador manifiestan que han revisado el Examen Médico Ocupacional (EMO) realizado al trabajador EDELFONSO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, practicado el día 09 de enero de 2026, el cual se adjunta al presente oficio.

Así mismo, se deja constancia de que ambas partes respaldan y acogen las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas, con el fin de preservar la salud del trabajador y dar cumplimiento a la normatividad vigente en materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.

De manera resumida, las recomendaciones médicas establecidas en el EMO son las siguientes:

- Evitar la manipulación manual de cargas excesivas.
- Realizar pausas activas periódicas durante la jornada laboral.
- Usar de manera permanente los elementos de protección personal asignados.
- No realizar trabajos en alturas sin la capacitación, certificación y condiciones médicas aptas.
- Mantener posturas adecuadas durante el desarrollo de las labores.

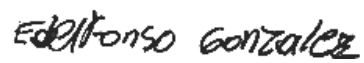
El empleador se compromete a implementar y garantizar el cumplimiento de las recomendaciones médicas, y el trabajador a acatarlas de forma responsable durante el desarrollo de sus funciones.

La presente comunicación se firma como constancia de conocimiento, aceptación y respaldo de las recomendaciones médicas ocupacionales emitidas.

Cordialmente,



Arq. Silvana Díaz Millán
CC. 52.093.675
Empleador



Edelfonso González González
C.C.: 11.444.956
Trabajador